FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1968

N° 205

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Marie-Thérèse ASFAR, née SPELZ

née le 5 août 1937, à Châlette sur Loing

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

présentée et soutenue publiquement le

PHENOMENES RELATIONNELS DE GROUPE DANS UN SERVICE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE

A PROPOS D' UN GROUPE DE PSYCHOTHERAPIE D'ALCOOLIQUES

Président : M. MICHAUX Léon, Professeur

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1968 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

p a r

Marie-Thérèse ASFAR, née SPELZ

née le 5 août 1937, à Châlette sur Loing

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

présentée et soutenue publiquement le

PHENOMENES RELATIONNELS DE GROUPE DANS UN SERVICE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE

A PROPOS D' UN GROUPE DE PSYCHOTHERAPIE D'ALCOOLIQUES

Président : M. MICHAUX Léon, Professeur

à Monsieur le Professeur MICHAUX
Médecin de la Salpétrière

en remerciement de l'honneur qu'il m'a fait d'accepter de présider cette thèse.

à Madame le Docteur CHAIGNEAU
Médecin-Chef à l'Hôpital de Ville-Evrard

qui m'a si patiemment et solidement conseillée et guidée tout au long de ce travail.

Je lui adresse toute mon affection

Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

https://archive.org/details/IA41549932_0037

P R O F E S S E U R S H O N O R A I R E S

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD(R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Melle J.), LEVY-SOLAL (E.) LIAN (C.), MARCHAN (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R?), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.),RENARD (G.) SENEQUE (J.), STROHL (A.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN	Georges BROUET
Ier ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2ème "	Jean GOSSET

I - P R O F E S S E U R S

1°) CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
"	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
" "	POLONOVSKI (J.)
" "	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education Physique & aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
" "	DOGNON (A.)
" "	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHE (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
" "	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Parasitologie	N ...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
" "	KUSS (R.)
" "	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
" "	BRICAIRE (H.)
" "	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
"	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
"	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N ...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N ...

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	(DEJOURS (P.)
	(SCHERRER (J.)
	(KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	(GOUGEROT (L.)
	(ROUCAYROL (J.-Cl.)
	(TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2°) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
" " (Boucicaut)	LENEGRE (J.)

Cliniques chirurgicales	(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	("	BAUMANN (J.)
	(Cochin	LEGER (L.)
	(Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	(Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	(Salpêtrière	SICARD (A.)
	(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique & traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
" " " (Foch)		PADOVANI (P.)
" " " (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile & orthopédique (Enfants Malades)		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées & syphilitiques (Saint Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	(Bicêtre	DEPARIS (M.)
	(Broussais	MILLIEZ (P.)
	(Cochin	N ...
	(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	(Pitié	DREYFUS (G.)
	(Saint-Antoine	CONTE (M.)
	(Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	(Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants Malades)		MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	(Baudelocque	LACOMME (M.)
	(Saint-Antoine	MERGER (R.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
" " (Cochin)		BREGEAT (P.)

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SZEZ (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
" " (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
" " (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
" " (Pitié)	RAMBERT (P.)
" " (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie	ANDRE (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (J.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)
	GONNARD (P.)
	NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.)	Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.)	Pr.s.ch.

IV - PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	(Melle DUMAITRE (P.)
	(Melle LAURENT (H.)
	(M. LENOIR (G.)
Bibliothécaires	(Mme CONTET (J.)
	(Mme FORGET (F.)
	(Melle DUROZOY (M.-F.)
	(Melle ROBERGE (D.)
	(Dr SCHILLER (J.)

"A vrai dire, si la psychothérapie institutionnelle existe, "elle n'a pas apporté, jusqu'à ce jour, de preuves indiscu- "tables de son efficacité.
"L'élaboration théorique des concepts qu'elle utilise est "encore insuffisante, encore peu cohérente. Sans preuve "clinique, permettant de cerner de plus près les concepts "de base, les efforts et les élucubrations des partisans "de la psychothérapie institutionnelle pourraient fort "bien rester lettre morte. Ce danger ne semble pas découra- "ger un nombre chaque fois plus important de chercheurs.
"Il ne s'agit pas pour nous d'un acte de foi. Il ne s'agit "pas non plus d'une inspiration plus ou moins passionnée ou "prophétique, bien que notre action puisse et doive être mi- "litante à l'occasion, surtout lorsqu'il s'agit de transfor- "mer des structures hospitalières....

"Dès lors, le grand problème théorique et pratique, au "seuil de toute thérapeutique en institution, est celui "de savoir reconnaître les transferts dont les malades sont "capables, en faciliter la mobilité, voire les manipuler "(les transferts, non pas la névrose de transfert) comment "peuvent-ils évoluer ? Quelles sont leurs possibilités de "labilité et de déplacement, de structuration et de déstruc- "turation, lorsque le malade est en situation de thérapeuti- "que institutionnelle ? Quelles sont les possibilités de mo- "bilisation et de déplacement transférentiel offertes ou "inscrites dans la structure ou dans les activités de l'ins- "titution ? Quelles différences et quelles similitudes peu- "vent être établies entre les mouvements transférentiels "observés et exploités en thérapeutique de groupe, voire "dans la psychothérapie individuelle et les mouvements trans- "férentiels en institution ? ... Hélas, l'expérience de "chacun de nous est encore insuffisante. L'appareil concep- "tuel avec lequel on peut approcher ces événements nous appa- "raît parfois un peu fluide, parfois un peu confus."

(Citation de TOSQUELLES -
"Psychothérapie institutionnelle").

Cette longue citation de TOSQUELLES nous permet de replacer exactement dans ses limites l'expérience que nous allons tenter de décrire.

Il s'agit, dans le cadre d'un service hospitalier classique soumis à la loi de 1838, de résoudre les problèmes posés depuis un an par un groupe d'alcooliques internés.

Notre but fut d'essayer de résoudre ces problèmes en établissant un groupe de psychothérapie d'alcooliques. A partir de cette expérience, nous avons essayé ensuite de voir et d'analyser les répercussions qu'avait entrainées l'institution d'un tel groupe de psychothérapie.

Pour plus de clarté, notre réflexion a porté sur trois niveaux :

- Le premier niveau comporte un essai d'analyse de l'état du service au moment où les thérapeutes vont entreprendre leur expérience.

  Ils sont dans le service depuis deux mois.
  Comment fonctionne ce Service ?
  Quelles en sont les réunions ?
  Comment fonctionnent les ateliers ? etc...

Nous signalons qu'il s'agit d'un service d'hôpital psychiatrique recevant des malades sous divers modes de placement :

- Placement d'office,
- Placement volontaire,
- Mais aussi en service libre.

Se trouvent donc hospitalisés des malades dont le mode de placement est régi par la loi de 1838 et avec toutes les conséquences que cela entraîne et des malades dont l'hospitalisation ne dépend pas de la loi de 1838 : les services libres.

Nous voyons aussi quels sont les scandales provoqués par les alcooliques - Quel est le comportement du service vis-à-vis de ceux-ci.

Derrière ce conflit apparent, nous essayons alors d'analyser la situation de fait et de voir si l'attitude du service vis-à-vis des alcooliques est cause ou conséquence du conflit.

Nous replacerons aussi le groupe de psychothérapie d'alcoolique que nous envisageons dans le cadre "nosologique" des psychothérapies de groupe.

Au total, nous essayons de montrer que par notre tentative de psychothérapie, nous avons implicitement changé la structure actuelle du service. Il est bien entendu que ce changement ne fût pas brutalement et rigidement imposé. Au cours du fonctionnement du groupe, nos méthodes se sont adaptées et de nombreuses mises au point ont été faites tout au long de l'expérience.

- Dans un deuxième niveau de réflexion :

Nous étudions le contenu réel de quelques séances de psychothérapie et tentons ensuite d'en appréhender le contenu latent.

Nos essais d'interprétation nous amenant à adopter une attitude qui est fonction d'une certaine conception de la personnalité de l'alcoolique - conception qui n'est peut-être pas orthodoxe mais qui peut servir de base à une discussion et qui s'est établie au fur et à mesure que notre expérience évoluait.

- Dans un dernier niveau de réflexion :

Nous essayons de voir quelles ont été les répercussions au niveau de l'institution - Y a-t-il eu dialogue, échange ? Comment le groupe d'alcooliques réagit-il vis-à-vis des infirmiers, des médecins et vis-à-vis de l'institution ?

Les discussions nous obligent à prendre conscience que le problème de l'alcoolisme cache celui de l'encombrement qui, à eux deux, sous-tendent vraisemblablement le problème de "qui fait la loi ?"

- au niveau du groupe des alcooliques,
- des infirmiers,
- des Médecins.

Y a-t-il eu une prise de conscience de l'alcoolisme en tant que maladie

- au niveau de l'institution ?
- au niveau des malades ?

L'institution a-t-elle évolué ?

Notre expérience est-elle valable ?

Présente-t-elle un danger pour les malades et quels sont les pièges à éviter lors de son application ?

Il est bien entendu que, si, pour plus de clarté, nous distinguons ces trois niveaux de réflexion, au cours de notre travail, ce plan sera difficile à faire apparaître.

Il est difficile de maintenir à tous ces niveaux des cloisonnements et, souvent, de nombreuses intrications s'imposent.

Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une description d'un moment de la vie d'un service.

Moment qui s'inscrit dans l'évolution dynamique de celui-ci.

Il est bien évident que notre description aura un reflet statique, figé, alors que l'institution, elle, est mobilité et dynamisme.

Nous rappelons donc que le point de départ de ce travail fut l'analyse des thèmes recueillis au cours de réunions d'alcooliques instituées dans le cadre d'un service hospitalier psychiatrique, réunions entreprises à la suite de multiples scandales provoqués par les alcooliques et perturbant la vie du service.

Avant toute analyse, il importe de définir le terme "alcoolique" qui reviendra tout au long de ce travail, pour désigner le malade atteint d'intoxication alcoolique, terme utilisé tout aussi bien par les malades eux-mêmes que par les infirmiers ou les médecins.

Or, si ce terme est employé dans le "langage courant" de la clinique médicale, il faut remarquer que, sur le plan psychiatrique, nosographique classique, on parlera toujours soit de toxicomanie alcoolique,soit de névrose alcoolique ou de psychose alcoolique,mais pas d' "alcooliques", pour désigner le malade atteint d'intoxication éthylique.

Y a-t-il là une utilisation imp pre du terme ?

Dans l'encyclopédie médico-chirurgicale, au chapitre "toxicomanie", la toxicomanie est définie et caractérisée par "le comité des Experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie" (1952), comme un état d'intoxication périodique ou chronique nuisible à l'individu et à la société, engendré par la consommation répétée d'une drogue (naturelle ou synthétique).

Mais, pour l'alcoolisme, les auteurs notent :
"Le problème du recours pathologique de l'alcool n'entre pas "dans le cadre de cet article. (Se reporter aux névroses al- "cooliques et psychoses alcooliques)."

De même, pour FOUQUET, il existe une masse de faits hétérogènes groupés sous le vocable "alcoolisme".

Pour cet auteur :

" - L'alcoolisme ne peut plus être confondu avec ses compli-
"cations somatiques ou psychiques.
" - Il ne peut se limiter à l'étude d'une intoxication spé-
"cifique.
" - Il n'est pas seulement une sociopathie.
" - Ne peut être considéré non plus comme le résultat d'une
"faute morale.
" - Ne répond pas, dans la grande majorité des cas, à la
"définition et aux caractéristiques de la toxicomanie don-
"nées par le Comité des Experts de l'O.M.S."

De même, Henri EY, dans son "Manuel de Psychiatrie", n'étudie pas l'alcoolisme dans le cadre des toxicomanies. L'alcoolisme est étudié dans le chapitre des psychoses alcooliques. Il est parlé "d'intoxication alcoolique aiguë, de syndrome d'imprégnation alcoolique chronique, de troubles mentaux aigus et subaigus de l'alcoolisme chronique", mais pas "d'alcooliques".

Cette difficulté nosographique se traduit aussi à notre niveau. Nos malades n'ont en commun qu'un symptôme : l'intoxication éthylique. Sur le plan de la structure de la personnalité, nous retrouvons quelques névroses, des personnalités psychopathiques et des personnalités que nous sommes obligés de définir simplement par leur caractère fait de rigidité, de manque de souplesse.

Quoiqu'il en soit, tout au long de ce travail, nous continuerons à utiliser ce mot "alcoolique" et nous essaierons de montrer ultérieurement que son utilisation n'est peut-être pas aussi maladroite que nous le pensions.

I - De quel type de service hospitalier s'agit-il ?

Il s'agit d'un service hospitalier psychiatrique hommes, du type "Centre de Traitement et de Réadaptation sociale", comprenant six pavillons.

Ce service est l'un des services de l'hôpital qui comprend, outre des services d'hommes, des services de femmes, un grand parc longé par un canal, extérieur au parc.

Sur le plan architectural, l'hôpital comprend des bâtiments datant du siècle dernier, un pavillon administratif, une chapelle, servant aussi de salle des fêtes, avec au niveau de son rez-de-chaussée les bureaux médico-administratifs de deux services ; le service dans lequel se fait notre étude y est aussi logé.

Chacun des six pavillons du service abrite environ 80 malades de tous âges.

Les pavillons ne sont pas spécialisés. Chaque pavillon reçoit aussi bien les démences séniles que les schizophrènes et bien entendu, les alcooliques. De même, il n'est pas fait de distinction entre les modes de placement des malades et ainsi sont reçus au pavillon aussi bien les placements d'office que les placements volontaires, sans oublier les malades admis en service libre dans ces mêmes pavillons.

Tous les pavillons sont "ouverts" sauf un qui est "fermé" c'est-à-dire conçu pour recevoir des malades particulièrement difficiles et nécessitant une surveillance médicale plus stricte, malades pouvant être placés sous forme de placement d'office ou de placement volontaire ou hospitalisés en service libre.

Administrativement, il s'agit d'un service d'hospitalisation publique psychiatrique et dont le recrutement des malades est secteurisé.

- Les médecins font partie du cadre des Médecins des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.
- Le personnel infirmier dépend, lui, de la Préfecture de la Seine, de même que les Internes des Hôpitaux psychiatriques.

Sur le plan médical, chaque pavillon est sous la responsabilité du Médecin-Chef, de deux Assistants et d'un Interne.

Dans le pavillon, ont lieu :

- Des réunions de malades qui élisent trois délégués et associent à leurs discussions le médecin du pavillon et des éléments du personnel infirmier qui désirent y participer.

- Des réunions de l'équipe médicale (infirmier-interne) qui ont lieu de façon très souple, souvent le matin, dans le bureau commun à l'Interne et au Surveillant, soit avec tout le groupe soignant, soit avec quelques éléments du collectif soignant.

Dans le service, du point de vue du fonctionnement général, existent toutes les semaines :

- Des réunions d'infirmiers-moniteurs, médecins et assistantes sociales. Ces réunions ont lieu dans la salle de cours du service, qui sert aussi de cadre au centre culturel du service. Au cours de ces réunions, différents problèmes sont abordés, allant des difficultés posées par certains malades à des problèmes théoriques ou matériels, suivant les propositions faites par les participants à ces réunions.

- Un conseil des malades, comprenant essentiellement des délégués de chaque pavillon et d'un médecin-assistant du service. La discussion étant libre et portant sur les problèmes concernant les malades et les infirmiers. Parfois, sont décidées des promenades en commun, des projets de sorties culturelles.

Une activité ergothérapique comprenant divers ateliers :

- Ateliers de "bas niveau" pour malades très régressés.
- Ateliers de poterie, vannerie, etc...
- et un Atelier de "haut niveau" : l'imprimerie qui, chaque mois, édite un journal dans lequel chacun, du médecin au malade, en passant par l'infirmier, peut écrire. La préparation de ce journal est faite au cours de réunions hebdomadaires où chacun discute des articles qu'il désire écrire (poèmes, etc... ou critique du service hospitalier, etc...), problèmes relationnels entre le service et l'administration, problèmes de nourriture, de menu, questions vestimentaires.

Il a été créé depuis peu une Association des malades du service, dont le but est de rendre le fonctionnement des ateliers indépendant de l'Administration et de l'appareil hospitalier hiérarchisé;.

Depuis un an environ, les alcooliques posent un problème : ils se font mal tolérer non seulement dans le cadre des pavillons, mais aussi sur le plan général du service.

Sur le rapport général du service, pour le mois de mai 1964, on lit :

- Pavillon 1 :

- Introduction de bouteilles de vin dans le pavillon par deux alcooliques.
- Trois ivresses : une pour X
  une pour Y
  une pour Z
- Fugue d'un alcoolique
- Obligation pour le personnel d'aller chercher au Commissariat un alcoolique qui a fugué.

- Pavillon 2 :

- Scandale à la grille par un alcoolique.
- Trois ivresses de trois sujets différents.

- Pavillon 3 :

- Une bagarre entre deux alcooliques.

- Pavillon 4 :

- Introduction de Cognac dans le pavillon par la femme d'un alcoolique.
- Deux ivresses avec tapage par deux malades différents.
- Une ivresse avec retard de permission.

- Pavillon 5 :

- Une ivresse.

- Pavillon 6 :

- Retard de permission + ivresse.

Soit, donc, en résumant :

- 7 incidents au pavillon 1
- 4 incidents au pavillon 2
- 1 incident au pavillon 3
- 4 incidents au pavillon 4
- 1 incident au pavillon 5
- 1 incident au pavillon 6

Soit 18 incidents globaux pour 13 malades.

La majorité des incidents se produisent au niveau du pavillon 1. C'est à partir de ce pavillon que seront amorcées les réunions d'alcooliques.

Ainsi, afin d'aplanir les difficultés posées par les alcooliques, il vint à l'idée de l'Assistant et de l'Interne du Pavillon 1 (où les incidents sont les plus nombreux) de pratiquer des réunions d'alcooliques.

Il va donc s'agir, tout au long de ce travail, nous le rappelons, d'essayer d'analyser cette expérience en étudiant à partir du vécu des réunions et des thèmes évoqués par les alcooliques, les répercussions apparues sur le plan général du Service et des pavillons et du collectif soignant.

Cette étude débuta sans idées préconçues de la part des deux médecins (un homme et une femme - Assistant-interne).

Les réunions d'alcooliques débutèrent au mois de juillet 1964, à partir du pavillon 1, puis en octobre 1964, comprirent à la fois des alcooliques du pavillon 1 et du pavillon 4 (fermé comme nous l'avons vu).

II - Quelle est la situation de fait, outre les scandales, au moment où les réunions vont débuter ?

Comment apparaît la situation à l'Interne et à l'Assistant qui ne sont dans le service que depuis deux mois :

Au pavillon 1, pour éviter les ivresses, les malades sont mis systématiquement à l' "Espéral" par les infirmiers, le médecin du pavillon étant avisé le lendemain que l'on a mis Mr X... à l'"Espéral" parce qu'il était rentré ivre le soir précédent.

D'autre part, les "cures de dégoût" étaient systématiquement entreprises avant que le médecin ne les ordonne, celui-ci ayant ainsi la main forcée - les arguments du personnel étant d'éviter à tout prix les ivresses.

Pourquoi ce procédé ? Ne serait-il pas le résultat des conceptions et de l'attitude des médecins qui ont précédé deux mois auparavant l'Assistant et l' Interne actuels ou le résultat de l'attitude des infirmiers vis-à-vis des alcooliques ?

Il est nécessaire de poser cette question, et nous essaierons d'en analyser un peu plus loin les différents aspects.

Les alcooliques du pavillon sont au nombre de 8. Ce sont les "caïds" du pavillon : insolents avec le personnel, ils dirigent en fait le pavillon.

Le médecin du pavillon voit donc personnellement chaque alcoolique et lui annonce qu'une réunion de sujets ayant les mêmes problèmes sociaux et psychologiques que lui est instituée.

Elle aura lieu dans une salle, en dehors du pavillon (salle de cours du service), à telle heure et telle date. Il est libre d'y participer ou non.

III - Auparavant, il est nécessaire de replacer ce type de psychothérapie dans le cadre des psychothérapies de groupe

Il existe actuellement trois types de groupes (si l'on se réfère aux auteurs actuels) SCHNEIDER "Revue de Psychanalyse", 1963 :

" 1 - Des techniques utilisent la dynamique du groupe -

"Ce sont les groupes dits d'activités (ergothérapie, trai-
"tement par l'art) ou l'action thérapeutique dépend unique-
"ment de la dynamique du groupe qui s'établit, évolue et
"des efforts conscients du leader sous forme de psychothé-
"rapie de soutien.

" 2 - Des groupes de psychothérapie d'orientation analytique,
"eux- mêmes différents des techniques psychodramatiques qui
"font intervenir un facteur ludique.

" 3 - Des techniques verbales, comprenant les groupes dits
" de discussion -
"Ils n'ont pas en eux-mêmes une action thérapeutique indivi-
"duelle mais permettent à des classes professionnelles

"d'acquérir une meilleure compréhension de leur travail
"(groupe de médecins-praticiens, etc...).

"Une deuxième variante de ces groupes dits de discussion
"veut déjà avoir une valeur thérapeutique individuelle :
"groupe d'alcooliques,de pervers, ... , sujets en conflit
"conjugal, dans lesquels l'action directive du leader en-
"traîne des effets thérapeutiques.

"Si, en apparence, il s'agit de réunions d'information,
"au cours de la discussion, certains états émotionnels
"apparaissent chez les individus qui font partie du groupe
"et modifient ainsi l'individu.

"Il est, d'autre part, évident que le rôle des thérapeutes
"est limité. Il ne s'agit pas de faire des interprétations
"profondes, mais de faire prendre conscience implicitement
"aux individus comment ils sont impliqués dans leurs problè-
"mes.

"Jamais il n'a été envisagé de leur faire comprendre que
"l'on cherchait à les guérir définitivement de leur atti-
"tude pathologique.

"Comme dans tous ces groupes qui font appel à cette techni-
"que de discussion, les deux psychothérapeutes étaient de
"sexe différent ; le rôle directif étant laissé au psycho-
"thérapeute mâle (afin de ne pas créer une image inversée
"du couple) - SCHNEIDER - "Revue psychanalytique" - 1963. "

C'est à ce type de groupe que nous faisons appel.

Dans le cadre de notre étude,

- Les réunions ont lieu une fois par semaine.
- Elles comprennent 7 à 8 participants.
- Il s'agit d'un groupe ouvert : cette expérience portant sur 5 mois, le groupe se modifiera suivant les entrées et les sorties des malades de l'hôpital. Certains malades anciens permettant de faire la liaison avec les nouveaux arrivants.

Il faut ajouter que ce groupe n'a rien de commun avec les groupes d'alcooliques du type "Vie libre", "Croix d'or", etc... dans lesquels il existe un système doctrinal, qui sert de base au soutien des alcooliques :

- Reconnaître que l'on est désarmé devant l'alcool, mais que l'ont n'est pas seul, ni au ban de la société,
- Il faut adhérer à des processus de sublimations spirituelles (protestants ou catholiques, etc...).
- Développer un prosélytisme actif.

Notre expérience ressemblerait plus à celle de OULES, SAUCET et LABORDE, qui décrivent une expérience de psychothérapie de groupe chez des alcooliques internés.

Mais, dans ce cas, le groupe est dirigé par un infirmier, des questionnaires sont remplis, les thèmes sont dirigés.

De même, l'expérience de CLAVREUL.: "Lettre aux alcooliques", diffère de notre étude sur le plan technique.

IV - De quel type d'alcooliques s'agit-il ?

Sur 34 participants au groupe pendant ces 5 mois, nous notons :

- 5 névroses,
- 7 personnalités déséquilibrées (personnalités psychopathiques),
- 3 cas d'immaturation affective,
- 7 sujets au caractère rigide, autoritaire,
- 1 seul cas de débilité,
- 3 malades sont très détériorés (démence alcoolique),
- 5 cas où l'on peut parler d'alcoolisme banal,
- 3 cas : complexes où l'alcoolisme s'accompagne de lésions nerveuses secondaires à des traumatismes crâniens.

Pour les états névrotiques, il s'agit de malades âgés de moins de 45 ans et qui ont été très souvent hospitalisés : 2, 4 fois en moyenne.

Les déséquilibrés de même ont moins de 45 ans, et ont été hospitalisés 2, 6 fois en moyenne.

Les cas d'immaturité affective ne dépassent pas eux-mêmes 45 ans et ont été hospitalisés en moyenne 2 fois.

Par contre, les sujets considérés comme rigides sur le plan de la personnalité ou considérés comme alcooliques banaux, ont plus de 45 ans et n'ont été hospitalisés qu'une fois ou 1,5 fois en moyenne.

C'est dire qu'il existe deux groupes distincts :

- Le groupe des déséquilibrés et névrotiques âgés de moins de 45 ans et souvent hospitalisés en placement d'office.
- Et celui des alcooliques "banaux" de plus de 45 ans, seulement hospitalisés pour la première fois.

Sur ces 34 cas :

- 22 étaient entrés en placement d'office,
- 1 en placement volontaire,
- 10 en service libre,
- 1 en office réquisitoire.

Pour 16 d'entre eux, il s'agit d'une Ière hospitalisation
" 8 " " " " " " " " 2ème " " " "
" 7 " " " " " " " " 3ème " " " "
" 2 " " " " " " " " 4ème " " " "
" 1 " " " " " " " " 5ème " " " "

Le niveau culturel est en général assez faible, 10 n'ayant pas eu le certificat d'étude. Ils sont essentiellement tourneurs, manoeuvres, maçons, terrassiers.

Vingt-trois de ces malades sont donc hospitalisés selon les modalités liées à la loi de 1838. Leur sortie du service est donc conditionnée par la demande d'autorisation de sortie à la Préfecture de Police, présentée par le médecin. L'autorisation finale dépendant uniquement de l'autorité policière, du moins dans le cas des placements d'office.

Tandis que pour les placements volontaires (bien que dépendant de la loi de 1838) la sortie se fait directement sur décision du médecin après certificat de sortie.

Etant données les conditions d'hospitalisation en placement d'office en particulier, ils sont, dans la majorité des cas, opposants et fermés à toutes prises de conscience de leurs troubles.

Où ont lieu les réunions ?

Elles ont lieu en dehors du cadre des pavillons. Le lieu de réunion étant la salle dans laquelle les réunions de l'équipe thérapeutique se font régulièrement plusieurs fois par semaine. Les participants y sont librement invités, le médecin du pavillon se contentant

d'expliquer aux nouveaux arrivants qu'il existe une réunion ayant lieu, telle heure, tel endroit. Sauf pour le pavillon fermé où il sera chaque fois téléphoné aux infirmiers pour leur demander d'accompagner les alcooliques qui veulent venir assister à la réunion. De toutes façons, les malades retournent seuls au pavillon fermé. Les réunions ont lieu une fois par semaine et durent une heure et demie environ.

Disposition des participants au cours de la réunion :

Les participants s'assoient en cercle, les deux psychothérapeutes essayant toujours de s'asseoir face à face.

V - Quelles ont été les motivations qui nous ont conduit à établir ces réunions, à partir d'une situation de fait que nous essaierons au préalable d'analyser.

1 - La première raison invoquée est, bien sûr, les scandales provoqués par les alcooliques.

Sur le rapport général du service, on relève pour le mois de mai 1964 :

- 7 mai :

ivresse d'un malade du 4 (non alcoolique) se trouvait sur les bords du canal en état d'ébriété.

- 8 mai :

introduction de vin par un malade du pavillon 3 dans le pavillon.

- 10 mai :

ivresse de deux malades du pavillon 1 (dont un non alcoolique). Le soir, fugue de deux malades (du 1 et du 3).

- 11 mai :

ivresse au pavillon 3, il faut aller chercher un des fugueurs au Commissariat.

- 18 mai :

Une "ronde" des infirmiers est nécessaire au bord du canal longeant l'hôpital pour ramener un groupe de malades en état d'ébriété.

etc...

Et l'on s'aperçoit qu'outre les alcooliques, des malades non alcooliques habituels se manifestent par des ivresses.

2 - La deuxième question qui se pose alors à nous est : Pourquoi y a-t-il un problème d'alcoolisme dans le service et pourquoi les alcooliques se rendent-ils intolérables à tous ?

Bien sûr, par cette question, selon la démarche d'esprit la plus fréquente, on ne vient au problème de l'alcoolisme que par le symptôme qui gêne et en l'occurence, le symptôme est ici : l'alcool.

Mais pourquoi donc les alcooliques et non alcooliques s'énivrent-ils dans le service ?

L'encombrement du service est, certes, une cause qui peut conditionner l'évasion dans l'alcool et aboutir ainsi aux troubles du comportement liés à l'alcool. Nous avons 80 malades par pavillon au lieu des 25 à 40 autorisés par les Services d'Hygiène.

Cet encombrement, par la promiscuité qu'il entraîne, devient insupportable, en particulier à l'alcoolique qui, par réaction, se rend intolérable aux autres en utilisant le mode tout trouvé du passage à l'acte : l'alcool, passage à l'acte qui caractérise la conduite habituelle du malade. Dans le cas présent, il utilise donc son symptôme, ce qui le rend d'autant plus intolérable et par voie de conséquence, le fait rejeter hors de l'institution.

Cet état de fait va entraîner un malaise au sein de l'institution, et en particulier au niveau de l'équipe d'infirmiers et des médecins, malaise qui se traduira dans leurs relations avec les malades et en particulier avec les alcooliques fauteurs de troubles.

Peut-être aussi le médecin du pavillon s'intéressait-il moins aux malades alcooliques qu'aux autres malades ? Et cette attitude ne pouvait être considérée par les infirmiers que comme un abandon devant leurs difficultés, un défaut de traitement, un manque de stabilité de l'institution. D'où une angoisse pour l'infirmier, et l'on ne peut que se référer à BALVET :

> "Le personnel infirmier est attaché à la hiérarchie, et
> "est le premier à s'affoler devant toutes mesures ébran-
> "lant ses fondements. La hiérarchie est sécurisante, elle
> "est une protection contre l'angoisse. Elle implique des
> "lois, des forces, des rites auxquels il suffit de se con-
> "former le plus minutieusement possible, sans oublier les
> "transgressions qui confirment la règle. On vit dans un
> "univers formel, en ordre, sans surprise, où chacun a sa
> "place avec des délimitations bien précises. On évite ainsi
> "la rencontre avec l'autre : médecin-chef, cheftaine, infir-
> "mière principale, aide-soignante, bonne malade, mauvaise
> "malade, chaque personnage joue un rôle. Il n'y aura jamais,
> "si on respecte scrupuleusement les lois, cette rencontre
> "angoissante de l'Autre qui remet en question notre propre
> "intégrité, notre propre existence..."

Si, pour l'infirmier, le malade mental est une rencontre angoissante, l'alcoolique est d'autant plus angoissant qu'il est autre chose qu'un malade mental. Cet homme est d'autant plus inquiétant que lorsque passés les troubles aigus dûs à l'alcool, il est parfait dans le service et son comportement est apparemment normal.

C'est le seul malade avec qui l'on puisse discuter de "tu à toi", en "copain". Souvent, on joue facilement aux cartes ensemble. C'est l'alcoolique qui aide l'infirmier dans son travail au pavillon.

Alors, pourquoi cet homme est-il ici, à l'hôpital, si proche de moi, et pourtant interné ?

3 - La troisième question qui se pose à nous est :
Pourquoi, actuellement, le problème est-il si aigu ?

Pour répondre à cette question, il va s'imposer à nous d'essayer d'analyser et d'interpréter au préalable la situation.

Etant donné, nous le rappelons, que l'interne et l'assistant ne sont dans le Service que depuis deux mois, nous ne pouvons faire que des suppositions. Nous allons, malgré tout, présenter quelques hypothèses permettant de voir pourquoi le problème de l'alcoolisme dans le service est si aigu.

Avant notre tentative, la première hypothèse que nous soulevons est que, peut-être, a existé une insatisfaction de part et d'autre du médecin et des infirmiers à propos des alcooliques. L'infirmier pensant qu'il était seul devant l'alcoolique et le médecin sentant qu'il ne faisait pas ce qu'il aurait dû faire vis-à-vis des alcooliques. D'où insécurité de part et d'autre. Mais, pour se rassurer, ils pratiqueront l'un et l'autre la "cure de dégoût" - Cure de dégoût instituée d'emblée par l'infirmier, comme nous l'avons vu plus haut, sans avis médical explicité, mais acceptée ou tolérée implicitement par le médecin. Ainsi, "par la cure de dégoût", infirmiers et médecins se rassurent.

Mais, pourquoi ce terme "cure de dégoût" est-il utilisé ici, alors que l'on parle habituellement de cure d'intolérance, ou de sensibilisation, ou de conditionnement, à propos du traitement de l'appétence alcoolique.

Il est évident qu'ici, dans le contexte hospitalier du moment, le terme de "cure de dégoût" revêt une signification de grande valeur. Il permet à l'infirmier et au médecin de courir l'un et l'autre à la rencontre de l'illusion de guérison de l'alcoolique.

En effet, quand l'infirmier parle de "cure de dégoût" à propos de l'alcoolique, pour lui, ces termes sont magiques. Car si l'on dégoûte l'alcoolique de l'alcool, c'est fini, il sera guéri.

Par la "cure de dégoût", dont parle aussi l'alcoolique qui vient se faire soigner, l'infirmier va à la rencontre de l'illusion de l'alcoolique qui veut la guérison et conjurer la rechute.

De même, CARRERE utilisant la thérapeutique de la projection au malade du film de son délirium tremens participe aussi à cette illusion. Avec son film, il apporte la vérité de l'alcoolisation, mais aussi la preuve de la guérison.

- Seconde hypothèse -

Que se passe-t-il si le médecin, bien que non dupe de cette illusion, se désintéresse dans le cadre du service de l'alcoolique ?

Si le médecin ne veut pas jouer ce jeu et pour les infirmiers et pour l'alcoolique, il va être vécu de façon très angoissante. Il ne va pas exorciser le mauvais sort, et donc pas guérir, pas prévenir la rechute.

Il se créera alors un malaise au sein de l'équipe thérapeutique et des malades.

Pour lutter contre ce malaise angoissant, les infirmiers vont laisser apparaître des comportements rigides de défense :

- Donner de l'Espéral systématiquement avant tout avis à tout malade qui boit.
- Les "cures de dégoût" sont faites en dehors du médecin, et, à ce moment-là, si on discute avec les infirmiers à propos des alcooliques, transparaitront les thèmes suivants :

- Pour eux, "les alcooliques ne sont pas des malades mentaux. L'alcoolisme est uniquement une histoire sociale. C'est un problème de volonté. Il faut revenir au système d'il y a 30 ans : les boucler, de grands murs, les verrouiller".

De dégoût, en effet, il était question !

L'alcoolique, lui, luttera en se manifestant par des scandales.

Dans un cas comme dans l'autre, médecins et infirmiers, dupes de l'illusion de guérison du malade alcoolique, ou médecin non dupe de cette illusion, le comportement de l'équipe médicale vis-à-vis des alcooliques sera ressenti par ceux-ci comme coercitif et forcément mal accepté des malades. Tandis que sur le plan du dialogue, médecin - infirmier, rien ne sera réglé.

A l'opposé, lorsque le médecin n'est pas dupe de cette illusion, et au contraire, désire arriver à un meilleur équilibre de la situation, comment agir ?

C'est de là que va commencer notre tentative de groupe.

Nous avons essayé par des discussions fréquentes, concernant le problème de l'alcoolisme, d'arriver à obtenir un changement d'attitude de l'équipe thérapeutique vis-à-vis des alcooliques, changement d'attitude favorisé par le médecin qui s'attache à se comporter avec les alcooliques comme avec les autres malades.

- Examen somatique méticuleux,
- Demandes d'examens complémentaires,
- Surveillance médicale stricte de la période de sevrage.

Il va ainsi apparaître implicitement une coopération entre médecin et infirmiers à propos des alcooliques.

La désintoxication alcoolique ne va plus être vécue et pour l'alcoolique et pour l'infirmier, comme une punition, mais comme un acte médical.

Evolution qui se traduit sur le plan pratique par les faits suivants :

- Avant l'institution du groupe d'alcooliques, comme nous l'avons vu, les "cures de désintoxication" se font en dehors du médecin, qui n'est avisé "qu'après coup" . A ce moment-là, les températures,courbes de T.A. pendant l'épreuve de désintoxication, sont à peine notées sur un petit bout de papier.

Progressivement, et sans que cela soit demandé par le médecin du pavillon, il va apparaître un cahier sur lequel tous les détails de l'épreuve de désintoxication sont notés, avec signalement des réactions physiques du malade et l'heure.

D'autre part, l'Espéral n'est plus donné systématiquement au malade. On lui explique quel est ce médicament, quel est son rôle. L'alcoolique étant entièrement libre d'accepter ou non cette médication.

Et ainsi, dans le cadre du pavillon, existeront des alcooliques prenant de l'Espéral et quelques alcooliques refusant cette thérapeutique.

Toutes ces modifications nous paraissent éclairées par une citation de CLAVREUL dans "La parole de l'alcoolique", à propos du jeu du médecin et de l'alcoolique lors de la consultation médicale :

"Ceci nous conduit directement à notre pratique. Nous avons "déjà évoqué la consultation de l'alcoolique, le récit de "la femme, la dénégation du malade. Explicitement ou non, "une question nous est posée : "Le sujet est-il alcoolique?" "Et quoiqu'il nous en coûte, nous allons répondre "Oui", "parce que nous sommes médecin. Nous allons dire "oui" com- "me sa mère, comme sa femme... Dès lors, tout est prêt pour "des fadaises. Nous dirons que l'alcool lui fait faire des "bêtises, nous dirons qu'il ne sait pas se défendre contre "lui. Bref, nous lui dirons qu'il ne deviendra un être hu- "main digne de ce nom que par le truchement de notre scien- "ce. Il sera ce que nous le ferons... <u>que les alcooliques "soient comme on les fait, c'est là d'ailleurs une évidence "criante et si on ne le dit pas plus, ce doit être parce "qu'on en profite</u> .....

".... Jellinek a pourtant remarqué que l'alcoolisme prend "des formes si différentes d'un pays à l'autre, d'une épo- "que à l'autre, qu'il serait méconnaissable si nous ne trou- "vions pas <u>dans l'usage et l'abus d'alcool une dimension</u>

"commune.... Il y aurait lieu de s'arrêter à ces observa-
"tions, ne serait-ce que pour remettre à sa place, très se-
"condaire, l'influence des facteurs économiques, à l'origi-
"ne de l'alcoolisme... Il est tout-à-fait clair que c'est
"la subjectivité du groupe social, son attitude non seule-
"ment devant les alcooliques, mais surtout devant les mem-
"bres défaillants alcooliques ou non de ce groupe qui jouent
"le rôle le plus déterminant sur la fréquence et la forme
"de l'alcoolisme... C'est donc, au contraire, en nous effor-
"çant, en refusant de prendre parti pour ou contre lui, que
"nous permettrons à notre alcoolique de s'apercevoir qu'il
"s'attendait d'abord à ce que nous le possédions, en déman-
"telant ses mensonges, et c'est à la faveur du désarroi qui
"ne peut manquer d'en résulter qu'il laissera apparaître
"des traces où sa propre subjectivité se fera jour".

VI - Contenu de quelques réunions d'alcooliques

Nous rappelons qu'il s'agit d'un groupe qui fait appel à 34 alcooliques et que le groupe a évolué pendant 5 mois, à raison de 7 à 8 participants par réunion hebdomadaire.

Certains ne voulurent jamais s'intégrer au groupe :

(1) DAMOISEAU : Alcoolique déséquilibré.
LEPAGE : Alcoolique déséquilibré.

D'autres, après une réunion ou deux, ne participèrent plus au groupe :

BATET : clochard
JAUNET : Détérioration sénile
MERSANS : Déséquilibré + clochard
NORLUMB : Séquelles neurologiques importantes après traumatisme crânien.
SARRAZAIN : Personnalité psychopathique
ROLE : Névrose d'angoisse.

(1) Les observations sont en fin de travail

Pour les autres, au contraire, la participation est fidèle, jusqu'à leur sortie du service.

Les participants s'asseoient en cercle, les deux thérapeutes,dans la mesure du possible, face à face. Position qui fut toujours assez difficile à obtenir car les participants s'arrangèrent toujours pour essayer de placer les deux médecins côte-à-côte.

Entre les participants du pavillon 1 et ceux du pavillon 4 (fermé), la séparation des deux groupes fut souvent évidente, les deux groupes se mettant face à face, les deux psychothérapeutes servant de charnière.

Les thèmes discutés dans ce groupe furent librement abordés. Le psychothérapeute homme se contentant, dans la majorité des cas, de synthétiser ce qui venait d'être discuté, ou de proposer une discussion plus approfondie sur les thèmes évoqués.

L'entretien fut toujours relativement animé et nous n'avons pas la notion de l'existence de silence prolongé.

Rapidement, on constata que des thèmes importants étaient évoqués, dès la deuxième ou troisième réunion.

Le relevé de la réunion est fait par la psychothérapeute féminine (c'est l'interne du service), de mémoire, dès la réunion terminée.

- Relevé de la 3ème réunion -

Trois participants font partie du groupe précédent cette fois (les autres malades sont sortis) :

- DODUT)
- ROLE) Pavillon 1
- SARRAZAIN)

- MANET : cirrhotique
- JAUNET : alcoolique très détérioré
- WANNE : 2ème internement en placement d'office
- PECHEUR : placement d'office
- GIVERNAIS : placement d'office
- CAUM : Pavillon 4

N'assisteront pas à la réunion : SARRAZAIN
DAMOISEAU
qui sont des alcooliques du pavillon 1.

DODUT
JAUNET WANNE
L'Assistant PECHEUR
MANET GIVERNAIS
ROLE L'interne

L'assistant expose le motif de la réunion :
- Malades ayant des problèmes communs,
- Rien de personnel ne sera discuté,
- Evocation des réunions précédentes.

Tout de suite, DODUT,qui était silencieux aux réunions précédentes, prend la parole :
- "Il sait de quoi il s'agit, il est maintenant un ancien !"

Puis WANNE va introduire la question du placement d'office :
- "Il est tout de même inadmissible que, s'il y a un décès "chez soi, ou quelqu'un de malade, on ne puisse aller les "réconforter !"

- GIVERNAIS : "Le placement d'office lui semble une punition. "D'ailleurs, nous sommes ici prisonniers tout en étant "libres !"

- WANNE : "Ils ne sont pas des malades comme les autres "les névrosés". "Ils ne sont pas des ivrognes, ni des alcooliques. L'alcoo- "lique, c'est celui qui boit une certaine quantité d'alcool "tous les jours et qui, ainsi, maintient "son moteur en mar- "che". "Il faut trouver un moyen pour faire la différence entre "celui qui a bu une fois et celui qui boit beaucoup".

- WANNE proposant le dosage dans les tissus et le sang.

- Puis GIVERNAIS va trouver injuste leur internement :

"Se vantant de pouvoir "nous" amener deux camions pleins de "gars ivres tous les soirs dans son entreprise, et ceux-là "ne seront jamais les mêmes".

- WANNE va se défendre d'avoir été violent comme les rapports de police le signalent.

"D'ailleurs, ma femme voulait vous le dire, ce n'est pas "vrai..."

- MANET enchaîne à propos des femmes :

"On boit pour noyer son chagrin, j'ai divorcé..."

- WANNE :"Quand la femme donne peu à manger, vous met à la porte..."

- GIVERNAIS :

"Il y a l'alcoolisme d'entrainement, moi, je n'ai pas de "problèmes avec ma femme".

Puis, ils évoquent le problème de la sortie :

"Puis, si simplement on va s'asseoir au café, il suffit que "le car de police passe et on vous embarque ici, parce que "vous êtes déjà venu".

Le problème de l'Espéral :

- GIVERNAIS :

"C'est une punition, il l'arrêtera à sa sortie..."

- DODUT :

"C'est la garantie contre la rechute : ma femme me le donne- "ra tous les matins".

- GIVERNAIS rétorque :

"Que c'est une question de volonté !".

<u>En conclusion</u> : L'Assistant est peu intervenu, se contentant d'agir en catalyseur.

- 4ème réunion -

Le groupe nous attend à la porte. Dans ce groupe, on note la présence de SARRAZAIN mais il disparaîtra quand le groupe entrera dans la salle.

Se trouvent assis en cercle :

- L'Assistant (isolé du groupe par deux chaises vides)
- PECHEUR)
- WANNE) Pavillon 1
- GIVERNAIS)
- FAURE Pavillon 4
- L'Interne
- MANET Pavillon 1
- CAUM Pavillon 4

La parole est donnée au groupe et toutes les têtes se tournent vers GIVERNAIS, mais celui-ci baisse la tête et s'efface (or il semble qu'actuellement il soit le chef du groupe dans le pavillon 1).

WANNE va alors prendre la parole pour nous reprocher la turbulence des vieux au pavillon et réclamer à nouveau une ségrégation entre les buveurs et les malades mentaux.

WANNE, encore une fois, fait une différence entre "l'ivrogne invétéré et le buveur "bénévole", proposant même comme solution :

"Que celui qui boit, on le punisse, qu'il aille en prison,
"et paye son amende. Mais, qu'on ne le laisse pas ici
"en placement d'office. Ils ne sont pas des malades mentaux".

"Ils veulent des services spéciaux dans l'hôpital, ne compre -
"nant que des buveurs".

"Ici, dans le service, on les utilise comme des infirmiers.
"Certes, ils veulent bien rendre service, mais de là à nettoyer
"les vieux... et puis, il faut voir comment ils mangent (les
"vieux), c'est déprimant".

- GIVERNAIS ajoute :

"Que, s'il avait la caméra de son fils, il filmerait tout cela, "tellement c'est la cage aux fauves".

"Ils n'ont personne à qui parler, ils se retrouvent entre eux".

Puis, un problème va être longuement discuté :

"Les buveurs mis à l'asile coûtent cher à la Sécurité Sociale, "mis en prison, au contraire, ils reviennent moins cher à la "société".

- GIVERNAIS note :

"Qu'à la réunion, dans le fond, chacun prêche pour soi et ne "parle que de son cas".

- <u>En conclusion</u> : D'une réunion à l'autre, les mêmes thèmes sont abordés.

Pendant tout l'entretien, ils m'ignorent, sauf au moment de nous quitter : l'un ramasse mon sac et WANNE conclue :

"J'aurais mieux fait d'épouser une doctoresse".

- <u>7ème réunion</u> -

- Du pavillon 4 :
  - CAUM
  - FAURE
  - MOULIN
- Du pavillon 1 :
  - CHAUVIN
  - BELENT
  - MAURASSOT
- Vont se retrouver dans l'ordre :
  - L'Assistant (une chaise vide d'un côté)
  - CAUM (Pavillon 4
  - MOULIN (
  - L'interne et le contingent du pavillon 1 :
  - MAURASSOT
  - WANNE

- BELENT
- PECHEUR
- CHAUVIN
- MANET

Le thème dont ils avaient désiré la discussion à la réunion précédente était :

"Qu'est-ce qu'un éthylique ?"

L'entretien sera très animé, les digressions nombreuses.

- MAURASSOT remplace WANNE comme leader.
- CHAUVIN, très détérioré, suit mal le discours, mais ponctue la discussion de petites phrases à côté. Le groupe sourit et,finalement, le fera taire.

Ils s'accordent tous, cette fois, pour dire :

"Que l'alcoolisme est une maladie, une maladie par manque de "volonté".

- MAURASSOT ajoute :

"Qu'est-ce que la volonté, si ce n'est la peur".

"La peur, en ayant pris de l'Espéral, d'être malade.

"C'est donc mauvais, et l'Espéral n'est qu'une béquille".

- Mais les autres répondent :

"L'Espéral, cela empêche de boire, cela aide la volonté".

- MAURASSOT :

"Ce qui compte, ce n'est pas l'Espéral, c'est le"contact" ;

"c'est que, une fois sorti, on vous soutienne dans l'effort".

- Puis, WANNE va parler des implants d'Espéral, et, pour la première fois, le groupe va s'adresser à moi pour me dire :

"Vous savez, les implants qu'on met dans l'aine".

- C'est la première fois que le groupe s'adresse directement au psychothérapeute femme.

<u>En résumé</u> : Cette réunion tranche un peu sur les précédentes.

Certes, l'agressivité est la même, mais c'est la première fois qu'ils font un appel direct :

"Que vont-ils devenir à la sortie ? Rien n'est satisfaisant,

"qu'il s'agisse de la Croix d'Or ou d'autres groupes de ce type".

- Manifestations en dehors des réunions -

La réunion suivante ne peut avoir lieu, la salle étant occupée ce jour-là par l'administration de l'Hôpital.

Les deux groupes du pavillon 1 et 4 attendent vainement à la porte.

Il est décidé de se séparer.

Le lendemain : si le groupe du pavillon 1 s'inquiète de savoir quand aura lieu exactement la prochaine réunion, nous apprenons que le groupe du pavillon 4 rentre en retard au pavillon, et surtout CAUM, MOULIN, sont ivres.

- 10ème réunion -

Dans l'ordre, sont assis :

- L'Assistant entouré de deux chaises vides.
- BROUET
- CHAUVIN
- BLUCHAIS
- NORLUMB
- JOB
- L'Interne
- MAURASSOT
- BELENT
- PECHEUR
- CHARLES

Le pavillon 4 est absent.

- BROUET semble actuellement le leader du groupe.

La discussion revient sur le problème de la question du placement d'office, et pour la première fois un nouveau thème apparaît :

- BROUET :

"Si on punit l'alcoolique, c'est que soi-même on est alcoolique, "alors on se venge ainsi sur l'autre".

"La police fait son rapport, ils ne cherchent pas à voir pour- "quoi l'on boit".

"Les voisins aussi ne sont pas tendres... S'il y a du bruit :
"- Ah ! c'est BROUET.... Il a encore bu !"

- Puis ils parleront du problème des H.L.M. :
"où l'on entend tout...."
- des prix de consommation "
"un verre de vin coûtant moins cher qu'un jus de fruit".

- BROUET :
"Autrefois, on prenait le temps de boire tranquillement.
"On préparait longuement sa boisson".

"Maintenant, à peine a-t-on versé le vin dans le verre, que
"tout est déjà avalé, alors, bien sûr, on en commande un autre".

- Puis le thème de la femme apparaît :

- BROUET :
"Elle n'est là que pour le surveiller, et lui dire qu'il boit
"trop".

"Les femmes, ça devrait obéir à l'homme, et puis maintenant,
"elles vont seules dans les cafés..., elles fument".

- MAURASSOT :
"Elles sont ce que nous les avons faites".

- Un problème les tracasse :
"Pourquoi ne peuvent-ils s'arrêter après un verre ou deux au
"lieu de voir les verres s'empiler".

- MAURASSOT :
"Ma femme, cela lui est arrivé d'être "saoule", une fois ou
"deux, au cours des fêtes. Mais le lendemain, elle ne boit pas,
"c'est fini".

- <u>Les réunions suivantes</u> "

se feront régulièrement toutes les semaines, comme les précédentes.

Les thèmes sont à peu près identiques, quelques-uns seront plus développés que d'autres, en particulier, le thème de la femme.

"Non seulement les femmes ne travaillent pas, elles restent à "la maison, et quand ils rentrent ivres, au lieu d'attendre ""qu'ils cuvent leur vin" et le lendemain, leur faire une se- "monce, eh bien ! elles "râlent" tout de suite, les traitant "de tous les noms, noms qu'ils n'oseraient pas répéter ici".

"La voisine dit pourtant à sa femme d'attendre le lendemain".

"S'ils sont là, c'est parce que leur femme a appelé police- "secours".

"Elles ont beau jeu, dit BROUET, elles ont toujours la loi "pour elles".

- Ils se posent le problème de leur devenir avec leur femme, à la sortie :

"Ils sont donc là parce qu'elles ont appelé la police. "Alors, quand ils sortiront, il faudra qu'ils rampent devant "leur femme, car à la moindre incartade, ça y est, elles appel- "lent la police. Et puis, à la police, elles ont toujours le "dernier mot".

"D'ailleurs, quand les femmes partent en vacances, les laissant "seuls à la maison : il n'y a pas de bruit ; même s'ils sont "ivres. Tout se passe bien ! Alors ! Donc, c'est bien elles "qui sont fautives ! Il faut leur faire la leçon. D'ailleurs, "quand on a un fils et une fille, on les gronde toujours tous "les deux, comme cela, pas de jaloux".

VII - Envisageons à travers toutes les réunions d'alcooliques quels ont été les thèmes discutés, nous réservant ensuite d'entreprendre une analyse de ceux-ci et du vécu du groupe d'alcooliques et du groupe thérapeutique (médecin-infirmiers).

1 - L'un des thèmes le plus discuté fut le placement d'office.

Au cours des réunions, il restera pour tous vécu comme une punition.

"Le placement d'office est une punition trop forte pour "une" "cuite", sera-t-il dit.

"Puisque l'on doit punir : il vaut mieux aller en prison".

"Les buveurs mis à l'asile coûtent cher à la Sécurité Sociale. "Mis en prison, au contraire, ils reviennent moins cher à la "société".

Après quelques séances, la discussion évolue et ils vont se poser la question de savoir pourquoi l'on punit l'alcoolique.

Et ainsi va apparaître une mise en accusation de la société.

"Si l'on punit l'alcoolique, c'est que soi-même on est alcooli- "que. Alors, on se venge sur l'autre".

Cette phrase apporte une nouvelle dimension du problème du placement d'office et de ses liens avec la société.

CLAVREUL écrit, à propos de cette question :

"Il est tout-à-fait clair que c'est la subjectivité du groupe "social, son attitude non seulement devant les alcooliques mais "surtout devant les membres défaillants alcooliques ou non de "ce groupe, qui jouent le rôle le plus déterminant sur la fré- "quence et la forme de l'alcoolisme".

Pourquoi la société punit-elle en effet l'alcoolique ?

Pour la société, inconsciemment, c'est une façon de refuser la mise en question de : qu'est-ce qu'un alcoolique ? Qu'est-ce que l'alcoolisme ? En punissant l'alcoolique, par le placement d'office, la société se déculpabilise, en pensant qu'elle fait le nécessaire puisqu'elle soigne l'alcoolique en même temps qu'elle le punit .

Pour l'alcoolique, accuser la société de le punir, inconsciemment aussi, c'est refuser de se mettre en question, refuser de se culpabiliser, et ainsi, se dédouaner vis-à-vis de cette société qui punit.

De même, à travers le thème :

"Ils ne sont pas des malades mentaux, ils ne sont pas des "ivrognes",

qui est un refus de prise de conscience de l'alcoolisme en tant que maladie, apparaît en filigrane un mode de défense vis-à-vis de la société.

En analysant ce refus d'accepter d'être considéré comme un alcoolique, on s'aperçoit que cette dénégation est, en fait, le seul mode de défense de l'alcoolique vis-à-vis de la Société.

- Je cite CLAVREUL :

"Et pourquoi pas l'image d'un alcoolique ?
"C'est à cette dernière image, bien entendu, que nous nous "sommes arrêtés, prisonniers que nous sommes de notre métier "de faiseurs de diagnostics. Dès lors, tout ce que pouvait "nous dire le malade ne nous intéressait plus, sinon pour nous "confirmer qu'ils sont décidément tous les mêmes, tous aussi "menteurs les uns que les autres... Sa dénégation, cependant, "était la seule chose importante de la consultation.... La dé-"négation ici témoigne de ce crédit que le sujet peut accor-"der ou refuser à ce qu'on pense et à ce que lui-même pense de "ce qu'il est ....."

Lorsque notre groupe, par contre, réclame des "services spéciaux dans l'hôpital psychiatrique ne comprenant que des buveurs....", l'un des participants allant jusqu'à proposer un système de soins nouveau :

> "Il se propose de remplacer Police-secours par un service de "docteurs et infirmiers qui iraient chercher les alcooliques "et ce n'est que si l'alcoolique est dangereux que les docteurs "appelleraient Police-secours".

Il y a là, reconnaissance de soi, apparemment comme alcoolique, mais en utilisant la société par ce qu'elle ne fait pas pour les alcooliques.

C'est une façon de se déculpabiliser en culpabilisant celle-ci.

Ce thème est d'autant plus intéressant que, selon la rumeur publique, on sait que dans certaines sociétés du Nord, lors du week-end, lorsqu'on reçoit chez soi,un invité est toujours prié de rester sobre afin de pouvoir ramener chez eux les invités fortement alcoolisés.

Il faut ajouter que, lors de la 4ème réunion, lorsque le problème des vieux est abordé, il s'agit, là aussi, d'un mécanisme de projection. Ainsi, sur le plan du pavillon, lors d'une fête du service, à la réunion de pavillon, il est décidé d'emmener et de ramener au pavillon les vieux pour "les faire sortir...., ça les changerait un peu...".

On peut se demander, encore, s'il ne faut pas faire appel, là aussi, à un mécanisme de défense. S'occuper des vieux, c'est une manière de se "dédouaner" vis-à-vis de la société qui enferme une partie de cette population déshéritée. S'occuper des vieux, c'est prouver à celle-ci qu'ils sont normaux (les alcooliques) et même hypernormaux, car ils osent aborder le problème des vieux.

Comme les alcooliques, nous l'avons vu au début de ce travail, sont toujours vécus par les autres sur un plan moral, c'est ainsi entrer dans leur jeu et renforcer leurs défenses.

Ce problème des vieux, d'ailleurs, est utilisé aussi dans un sens voisin. S'occuper des vieux, c'est se défendre contre la maladie mentale, et dans une sorte de rite conjuratoire qu'utilise d'ailleurs la société, c'est lutter contre la déchéance,contre la mort. L'un des participants du groupe dira :

"Il n'y a qu'à voir les vieux du pavillon, si on continue à "boire, on deviendra vite comme eux".

2 - Un thème très fréquemment évoqué est le problème de l'Espéral

L'évolution du groupe, d'ailleurs, sera très importante à propos de ce thème.

Si, lors des premières réunions, l'Espéral est vécu comme une punition :

"L'Espéral est une punition. Il l'arrêtera à sa sortie" ,

on arrive à la conception : Espéral = médicament de la volonté.

"L'Espéral, cela empêche de boire, cela aide la volonté",

mais "L'Espéral est une béquille".

Tous se rendent compte que le vrai médicament de l'alcoolisme n'existe pas. En fait, il faut un "contact", sera-t-il dit, et surtout à la sortie.

- PERRIN écrit, dans "Perte de la liberté envers l'alcool" (1964):

"La perte de la liberté est un élément essentiel de la maladie "alcoolique. Signe d'alarme, elle indique que le buveur n'est "plus seulement un consommateur excessif, mais alcoolomane qui "ne peut éviter un avenir menaçant qu'en cessant immédiatement "et pour toujours toutes boissons alcooliques. Enfin, en ce qui "concerne le traitement, c'est encore la liberté, la liberté de "s'abstenir qui constituera la seule preuve valable du succès "thérapeutique".

En faveur de cette thèse, en effet, il est dit par l'un de nos participants du groupe :

> "Autrefois, on prenait le temps de boire tranquillement. On "préparait longuement son verre de vin. Maintenant, on a à "peine versé le vin dans le verre que tout est déjà avalé, "alors, bien sûr, on en commande un autre".

Avec la question suivante :

> "Pourquoi ne peuvent-ils s'arrêter après un verre ou deux, au "lieu de voir les verres s'empiler ?"

Certes, d'emblée on peut conclure : voilà une prise de conscience correcte de la toxicomanie. Mais, est-il suffisant de considérer l'alcoolisme comme une simple toxicomanie ? L'alcool n'est-il pas autre chose qu'un simple toxique ? N'a-t-il pas une valeur symbolique dans les relations intersubjectives humaines ?

CIAVREUL écrit à ce propos :

> "Pour un homme qui se respecte et respecte les autres, le vin "doit rester une denrée de luxe promise à la plus haute fonc- "tion sociale, celle de l'échange... Aux détours d'une si lente "et si délicate démarche, nul doute que nos alcooliques se per- "dent, et c'est là que réside leur mal".

Se limiter ainsi à la conception de PERRIN qui ne voit dans l'alcoolisme qu'une perte de liberté vis-à-vis de l'alcool, m'apparaît insuffisant.

Il me semble que, dans cette optique, c'est courir après l'illusion de guérison de l'alcoolique.

Si l'Espéral peut l'aider à être abstinant, à avoir "une certaine" liberté vis-à-vis de l'alcool, le problème de l'alcoolique reste entier.

Quand nous hospitalisons un alcoolique dans un service classique psychiatrique, dans lequel il se trouve en présence de démence sénile, nous lui proposons une image de lui-même repoussante. Reprenons la citation de l'un des participants :

"Il n'y a qu'à voir les vieux du pavillon, si l'on continue à "boire, on deviendra vite comme eux".

CLAVREUL écrit à ce propos :

"D'abord, en lui proposant de lui-même des images plus repous- "santes les unes que les autres, nous ne pouvons qu'inciter le "malade à s'enivrer pour ne plus les voir et leur substituer "l'image de son narcissisme souverain.

"Enfin, en nous faisant les avocats de l'abstinence, en lais- "sant entendre au sujet que la solution de ses conflits tient "à une décision, somme toute fort simple, nous ne faisons rien "d'autre que de proposer un nouvel objectif à son "idéal du "Moi", mais nous laissons celui-ci toujours aussi exigeant et "tyrannique".

Vouloir réduire l'alcoolisme à une toxicomanie simple, et la guérison à la suppression du symptôme,n'est pas acceptable ; de même que réduire l'alcoolisme à une perte de la liberté vis-à-vis des boissons alcoolisées.

- CLAVREUL écrit :

"Chez le sujet normal ou névrosé, une telle expérience "d'ivresse est destinée à être abandonnée parce qu'elle n'est "pas probante.
"Chez l'alcoolique, au contraire, elle se répète et c'est "cela qui fait le problème.
"Cette répétition des ivresses ou des états de demi-ébriété, "variables d'ailleurs dans sa périodicité et dans ses moda- "lités, constitue donc le fait que nous pouvons retenir "comme seul véritablement caractéristique de l'alcoolisme.
"Or, cette répétition ne peut manquer de nous évoquer l'au- "tomatisme de répétition décrit par FREUD, dans le jeu du ""fort-da", pour nous introduire à la notion d'instinct de

"mort. Nous avons appris par lui à reconnaître dans ce jeu, de "la présence et de l'absence, le meurtre de la chose et, par là, "la symbolisation de l'objet aimé, et l'éternisation chez le "sujet de son désir. C'est par cette voie que le sujet prend "la mesure de son pouvoir sur les choses, de la prise que, par "la symbolisation, il acquiert sur les choses.
"

"Chez l'alcoolique, il y a bien répétition, mais il y a aussi "jeu de cache-cache. On ne peut s'y méprendre. Quand il est "ivre, il est "parti", comme on dit, il n'est plus lui-même, "et c'est là chose assez évidente pour mettre dans le plus "grand embarras les juristes qui se voient obligés d'adopter "des mesures d'exception diminuant ou aggravant les sanctions "contre les ivrognes au hasard de la subjectivité de l'époque.
"

"Quand il est à jeûn, au contraire, on le retrouve, de nouveau, "il est là, il est même tellement là qu'on en fait ce que l'on "veut, tant il est doux et repentant. La répétition et le jeu "de la présence ou de l'absence sont donc bien là, et nous ne "nous y trompons pas, bien que l'objet caché soit en même temps "le sujet qui cache.
"

"Si nous prenons en considération cette notion de la répétition "des ivresses, du jeu de la présence et de l'absence de l'alcoo- "lique, nous abandonnons notre album d'images pour nous interro- "ger sur ce personnage qui ne sera jamais aussi absent, que lors- "qu'il est présent à ses rendez-vous, non pour nous parler, mais "pour nous confirmer qu'il est toujours soumis et que, dans sa "vie, tout va bien, il ne se passe rien.
"

"Personnage jamais aussi présent que lorsqu'il est absent, nous "laissant ainsi deviner qu'il va bientôt rechuter, s'il ne l'a "déjà fait, et que nous entendrons bientôt parler de lui".

Cette longue citation nous permet d'interpréter le contenu de la 7ème réunion de notre groupe quand il est dit :

"L'alcoolisme est une maladie par manque de volonté, c'est la "peur, si on a pris de l'Espéral et si on boit, d'être malade".

"Ce qui compte, ce n'est pas l'Espéral c'est le "contact" et "surtout la sortie".

Il y a prise de conscience du problème de l'alcoolisme. Non pas en tant que toxicomanie, mais en tant que sentiment d'incomplétude, de pressentiment de la rechute, et ils ne pressentent là le rôle de l'alcool que par l'intermédiaire d'incomplétude et d'insatisfaction.

De même, le sevrage leur permet de replacer l'alcool dans son rôle, pour autant qu'il ne découvre pas une structure pathologique de type névrotique (cas de DUPONT, par exemple), où l'alcool est pour lui substitutif.

L'Espéral, bien que "béquille", est vécu comme menace, car il faut le prendre pour éviter la rechute. Mais, sur le plan inconscient de l'alcoolique, il est bien entendu qu'il recherche à l'inverse, la satisfaction. Ce mécanisme inconscient doit peut-être nous amener à percevoir un élément nouveau de la personnalité de l'alcoolique, qui serait une dimension perverse.

3 - <u>Le problème de la femme domine toutes les réunions de notre groupe</u>

Lors des premières réunions, elle sera vécue sous un jour assez bienfaisant ; l'un dira :

"Si ma femme ne m'avait pas obligé à venir me soigner, je ne "serais jamais venu".

- l'autre, à propos de l'Espéral ajoute :

"A la sortie, "ma douce" me le fera prendre".

- A la 3ème réunion :

"On boit pour noyer son chagrin, j'ai divorcé".

Et ce n'est que vers la 10ème réunion que le problème de la femme sera à nouveau abordé, et ce, de façon brutale.

"Celle qui appelle la police, puis trois jours après signe la "transformation de placement, soit parce qu'elle a peur de la "punition lors du retour de l'époux, soit parce qu'elle l'aime "encore".

Pour reprocher au médecin, ensuite, de ne pas toujours voir

"à la fois, le mari et la femme, pour qu'ils règlent leur dif- "férend devant lui, cela éviterait ensuite qu'ils ne le règlent "à la sortie".

A la réunion suivante, le thème se modifie légèrement :

"Les femmes, ça devrait obéir à l'homme".

"Elles ont beau jeu, dit BROUET, elles ont toujours la loi "pour elles".

"Dans le fond, ils sont là parce qu'elles ont appelé la police. "Alors, quand ils sortiront, il faudra qu'ils rampent devant "leur femme, car à la moindre incartade, ça y est, elles rap- "pellent la police. Et puis, à la police, elles ont toujours "le dernier mot".

Toutes ces explications, apportées par le groupe, recoupent assez bien ce que la majorité des auteurs écrivent sur le rôle de la femme de l'alcoolique.

PERRIN écrit :

"L'épouse d'un buveur est une victime. Il n'est pas question "de le nier. Mais, alors, pourquoi cette martyre, enfin déli- "vrée de son bourreau, qu'elle a peut-être fait elle-même en- "fermer, pourquoi vient-elle quelques jours plus tard, supplier "qu'on le laisse sortir, qu'on le lui rende ?"

Et plus loin, il ajoute :

"Pour l'alcoolique, sa femme est "une chose" à sa merci, et la "femme a souvent admis le "perinde ac cadaver". Le niveau des "femmes est souvent bas (craintives, influençables, labiles, à "mémoire courte : "l'association d'un individu détérioré ou né- "vrosé à une femme de ce type n'est pas le fait du hasard, mais "la conséquence de toutes les composantes qui conditionnent et "façonnent l'évolution du couple".

"L'épouse névrotique a quatre types d'attitude :

" - la castration par réaction, par vengence ou imitation.
" - le masochisme, victime inconsciemment consentante.
" - le sadisme.
" - et l'indécision."

- Mais DE SAUGY, en 1963, semble plus prudente ; elle écrit :

"La femme de l'alcoolique a-t-elle un rôle déterminant dans la "génèse de l'alcoolisme marital ! Cette question nous paraît "mal posée, car s'il est justifié d'attribuer maints excès "alcooliques à l'attitude de la femme, il faut aussi rappeler "que le caractère du mari était déjà formé au moment où il a "rencontré sa femme, et que c'est pour des raisons profondes "qu'il l'a choisie. Nous parlerons volontiers de tropisme né- "vrotique dans le fait de leur rencontre".

Certes, là aussi, ces conceptions sont classiques. Mais, lorsque l'un des alcooliques de notre groupe s'écrie :

"Elles ont beau jeu, elles ont toujours la loi pour elles",

cette phrase semble traduire une prise de conscience de la femme sur un plan beaucoup plus profond, qui dépasse les interprétations habituelles du problème de la femme. Cette phrase signifie "perte de la "loi" pour l'alcoolique. Interprétation s'imposant d'autant plus que pendant toute cette réunion, on parle de "dignité", "garder sa dignité". On peut se demander si cet éclair de clairvoyance ne signifie pas, sur le plan imaginaire de l'inconscient de notre groupe d'alcooliques :

"Qui suis-je ? Suis-je un alcoolique ? Qu'est-ce qu'un alcoo-
"lique ?"

Nous citerons, une fois de plus, CLAVREUL :

"En s'interrogeant sur lui-même, c'est à son père que pense
"l'alcoolique, à un père qui n'est pas forcément alcoolique
"lui aussi. Mais, s'il y pense, c'est à travers sa mère et
"la question pourrait se formuler : "qui est mon père pour
"ma mère ?" - ou mieux encore : "Qu'est-ce que ma mère pour
"juger mon père ainsi ?"

Thème repris dans la réunion, sous la forme :

"Il faudrait faire des choses, convoquer des gens pour qu'ils
"voient qu'on n'est pas des monstres, comme cela est écrit
"dans les journaux. Sur les journaux, on accuse les alcooli-
"ques de tous les crimes - encore un alcoolique qui assassine...
"On devrait montrer à ces gens comment on vit ici, ce qu'on
"fait, et faire de nous des "Dieux" (dixit). Ils verraient que
"nous ne sommes pas ces monstres dont on parle".

4 - <u>Un thème pratiquement peu exploité par le groupe est celui des enfants</u>

La seule fois où le problème des enfants fut évoqué fut à propos de leur retour dans la famille, l'attitude qu'ils pourraient avoir.

En fait, ils ont l'impression qu'ils auront, là aussi, perdu la face et, surtout, qu'ils n'auront plus d'autorité.

5 - Quant au thème : le travail, il ne fut abordé que lors de la dernière réunion du groupe.

Spontanément, le groupe exclut les deux thérapeutes.

Pendant toute la réunion déferlèrent : souvenirs, anecdotes, concernant certaines péripéties dans le travail, communication d'adresses, histoires sanglantes de tueurs de La Villette qu'on admire beaucoup...

Que signifie au juste cette réunion ?

Le fait d'avoir exclu les deux thérapeutes peut se comprendre par l'apparition de résistance vis-à-vis de ceux-ci, donc en fait, par l'apparition d'une revendication d'autonomie.

Ils sont maintenant des hommes, témoin en est le travail. Le travail, c'est le seul domaine dans lequel l'alcoolique réussit. Sur ce plan, tout le monde est d'accord : sa femme, son employeur, et le médecin. L'alcoolique est toujours un bon travailleur, et adroit.

On peut se demander si, là aussi, il y a eu une prise de conscience véritable à l'égard du travail ! Cela est peu probable tout comme la place de l'alcool dans sa maladie.

VIII - Etudions maintenant les phénomènes relationnels apparus entre le groupe d'alcooliques et le groupe des infirmiers, médecins, pendant tout le fonctionnement du groupe de psychothérapie, ce qui nous amènera à introduire la dimension institutionnelle dans notre discussion.

- Envisageons tout d'abord ce que représente le médecin dans un service hospitalier où existent, bien sûr :
  - les médecins,
  - les infirmiers,
  - les malades.

- Que représente le médecin pour les infirmiers ?
  pour les malades ?

GENTIS écrit à ce propos en 1962 :

"On considère que les infirmiers occupent, par rapport aux ma-
"lades et aux médecins, une position objectivement intermédiai-
"re, donc fonctionnellement médiatrice. Il est bien certain
"qu'un des rôles essentiels aux infirmiers, très sensible au
"malade, est un rôle d'exécution des directives médicales.

"Même si la plupart des décisions thérapeutiques, comme c'est "le cas dans le pavillon considéré, sont prises au cours de "réunions de collectif soignant, elles sont définies par les "malades comme des décisions du médecin, et les infirmières "elles-mêmes les leur présentent spontanément comme telles. "Dans ces réunions, d'ailleurs, l'avis du médecin est toujours "prépondérant, car il possède encore une formation scientifique "nettement supérieure à celle des infirmières et sa compétence "technique prime en de nombreux domaines. Son rôle didactique "est important et fréquemment sollicité. Enfin, même lorsqu'un "traitement est explicitement proposé par une ou plusieurs in- "firmières, c'est,après discussion, l'avis du médecin qui le "rend exécutoire et on voit mal comment il pourrait en être "autrement.
"

"D'un autre côté, les informations concernant les malades sont "la plupart du temps centralisées au niveau du groupe infirmier "et transmises par lui au médecin. Les malades savent et des "explications leur sont fréquemment fournies sur ce rôle d'ob- "servation et d'information lorsqu'elles interrogent les infir- "mières sur "ce qui se dit" aux réunions du collectif de soins. "Les infirmières se trouvent encore garantes de la discipline "du service (il existe un règlement qu'elles doivent appliquer), "responsables de la vie matérielle (nourriture, linge, équipe- "ment) ; responsables aussi de la sécurité physique des malades "(protection contre les dangers que peuvent faire courir des "comportements pathologiques).
"

"Théoriquement, cet important secteur de leurs activités est "aussi placé sous le contrôle du médecin qui, lui-même, se "trouve en certains points jouer un rôle d'intermédiaire entre "le service et l'administration, mais ce contrôle ici est beau- "coup plus lâche et dans leur pratique quotidienne, les infir- "mières prennent de leur propre chef une foule de décisions

"qu'il ne viendrait à l'idée de personne de soumettre à l'agré-
"ment médical. On peut dire qu'à l'intérieur de ce secteur de
"leur activité, le rôle des infirmières présente des analogies
"certaines avec celui de la mère de famille. Elles sont, en
"somme, "maîtresse de maison" et le cadre domestique du pavil-
"lon contribue efficacement à la définition du personnage.
"Quant au personnage du médecin, deux points méritent d'être
"éclairés. C'est lui, nous l'avons vu, qui est rendu responsa-
"ble du traitement et aux yeux des malades, en assume seul la
"décision. C'est aussi lui qui prononce l'entrée, le maintien
"du séjour, la sortie des malades. A tout moment de la cure,
"il intervient donc symboliquement pour définir le statut des
"personnes - malades ou non malades - pour leur assigner leur
"place soit dans le groupe social du service, soit en dehors
"de celui-ci. Ceci est en somme l'analogue dans notre culture,
"du mutatis mutandis, de celui du père qui donne son nom à
"l'enfant et,par là, prononce son appartenance au groupe fami-
"lial. De plus, la périodicité des apparitions du médecin dans
"le pavillon s'opposant à la relative permanence des infirmiè-
"res, renforce par référence, toujours à notre système culturel,
"la dimension paternelle de son rôle symbolique. D'une certaine
"façon, on peut dire que le personnage de l'infirmière et celui
"du médecin fonctionnent comme couple antithétique. C'est avant
"tout l'écart de leur situation respective dans les conditions
"objectives de leur travail qui fonde leur opposition symbolique".

- Dans le cadre de notre expérience, où le médecin du pavillon est une femme, on peut se demander si les relations interhumaines sont comme il est dit précédemment.

- Cela ne semble pas faire l'ombre d'un doute pour BALVET :

"Du point de vue du malade (individuellement ou collectivement)
"le ou les médecins représentent le père. C'est traditionnelle-
"ment le père qui est le chef de famille. Le plus élevé des
"médecins est le "patron". Très rapidement, le malade s'habi-
"tue d'ailleurs à avoir des médecins femmes sans que cela modi-
"fie le phantasme paternel. L'éventuelle "patronne" peut
"avoir, en tant que femme, davantage de patience ou de douceur,
"mais il n'en reste pas moins que ce qu'on va apprécier en elle,
"ce sont des caractères considérés comme traditionnellement
"virils : une direction ferme donnée à son service, la vertu
"de décision, le sang-froid. Elle n'est pas la mère, si elle
"l'était, elle ne serais pas un bon chef de service. Elle est,
"en fait, comme un confrère masculin, le père du pavillon. Les
"internes, quel que soit leur sexe, sont les adjoints du père
"et ses héritiers mâles.
"

"Le personnel infirmier est, au contraire, vu sous le jour de
"la mère. C'est la mère et non le père qui reste au chevet de
"l'enfant malade. C'est la mère qui apporte à manger, qui don-
"ne des soins de toilette,qui fait boire la potion. S'il y a
"dans la famille quelques connaissances médicales, par exemple,
"le savoir-faire d'un pansement ou d'une piqûre, c'est bien gé-
"néralement la mère qui les exerce et non le père. L'infirmier-
"homme joue donc obligatoirement le rôle. Le joue-t-il aussi
"bien qu'une femme, nous ne le pensons pas, mais c'est une
"autre question".

Mais, pour les alcooliques, dans le cadre du pavillon, cette interprétation est-elle valable ? Je rappelle que, bien entendu, la discussion qui suit à ce propos ne doit être envisagée que comme hypothèse pouvant déboucher sur une meilleure compréhension des faits.

Le médecin-femme représente-t-il une image paternelle pour les alcooliques et les infirmiers ?

- Pour les infirmiers, on peut se demander si cette image est exacte.

Quand les infirmiers m'agressent à propos d'un malade mis, selon eux, trop tardivement à l'Espéral :"Ah ! ce n'est pas trop tôt !"

L'interprétation doit s'établir sur deux plans :

"Ah ! ce n'est pas trop tôt !", signifie peut-être une amorce de dialogue entre médecins et infirmiers.

L'infirmier pour la première fois ose dire au médecin qu'il ne traite pas assez vite les malades. Il signifie au médecin par le "Ah ! ce n'est pas trop tôt !" qu'il en sait autant que lui. Il est agressif, mais le dialogue va s'amorcer à propos des alcooliques, et aussi peut-être à propos d'autres questions.

Mais, le "Ah ! ce n'est pas trop tôt !" demande aussi au médecin d'être un personnage plus viril.

En contre-partie, ce personnage plus viril ne renforce-t-il pas "l'image maternelle phallique" que les alcooliques recherchent ?

Obtient-on sur le plan du pavillon, pour les alcooliques, avec un médecin-femme, une image plus traitante et plus rassurante ?

La question reste posée, surtout que, dans le groupe de psychothérapie d'alcoolique, il est évident que la psychothérapeute féminine reste une image maternelle pour les alcooliques, et manifestement une image de mère d'alcoolique.

Jamais, ils ne m'adresseront directement la parole, sauf pour agressivement me dire ou essayer de m'affirmer qu'ils sont virils.

Ce n'est que lorsque la réunion est terminée, comme pour effacer cette agressivité, qu'ils diront :

"Heureusement que nous avons la bonne Melle X ..."

Considérer, là aussi, que la psychothérapeute a toujours été vécue comme mère virile par le groupe de psychothérapie, semble un peu abusif. Lorsque le groupe, à un moment, raconte ses conquêtes féminines, en censurant d'ailleurs le vocabulaire grossier, il y a perception de la psychothérapeute non pas en tant qu'image maternelle virile, mais en tant qu'image féminine.

Par ce biais, temporairement, malgré la présence du psychothérapeute-homme, et d'ailleurs dans la limite de la liberté laissée au groupe du fait de sa présence et de la signification de sa présence, dans le groupe, l'alcoolique s'affirme viril.

Donc, sur le plan du groupe de psychothérapie, la psychothérapeute est image maternelle, et maternelle virile parfois ; sur le plan du pavillon, image paternelle .

Le médecin a-t-il la possibilité de rester dans son rôle au pavillon et dans le groupe ? Apparemment, cette dualité ne semble pas impossible.

Par contre, le psychothérapeute-homme est manifestement vécu par le groupe de psychothérapie d'alcooliques comme image paternelle.

On lui demande d'être père tout-puissant et juste.

Parlant de la femme, il sera dit, s'adressant au psythothérapeute :

> "Il faut leur faire la leçon à elles aussi ; d'ailleurs, quand "on a un fils et une fille, il faut les "disputer" tous les "deux, comme cela, pas de jaloux".

Cette phrase nous introduit en plein coeur des problèmes de jalousie fraternelle, et des problèmes de rivalités et concurrence fraternelle. Ce qui laisse peut-être penser que, dans le groupe, les relations entre alcooliques s'établissent par certains côtés, sur un plan de rivalité fraternelle. Il y a les leaders qu'on pousse à prendre la parole. Ce sont les bons frères du groupe.

- Père dont on se méfie par ailleurs et qu'on isole du groupe. Il sera toujours entouré de deux chaises vides. Par contre, la psychothérapeute sera insérée dans le groupe.

- Père que l'on agresse directement en lui disant : "qu'il existe des "bons et mauvais" psychiatres et que l'on peut avoir des allergies de caractère".

Cette agressivité directe au psychothérapeute-homme nous oblige à penser qu'il s'agit, vraisemblablement, d'un déplacement de l'agressivité de l'alcoolique vis-à-vis de son médecin traitant (du pavillon donc) sur le psychothérapeute.

Ce qui serait une manière d'agresser indirectement, à travers le groupe, la psychothérapeute (puisqu'elle est en même temps médecin traitant du pavillon).

- Père dont on se moquera, en lui reprochant de ne pas être plus "puissant" que la police pour obtenir la sortie de l'hôpital.

Ils n'admettent pas que l'autorisation de sortie vienne uniquement de la Préfecture de police :

"Alors, le médecin, il n'a rien à dire ! Ce sont alors des "idiots" (dixit).

Il faut expliquer ici que le psychothérapeute est en même temps assistant du service, donc investi de la signature. C'est lui qui signe et rédige les certificats de sortie.

Ce qui nous amène, maintenant, à analyser comment fut vécu le couple de psychothérapeutes par le groupe des alcooliques.

Vraisemblablement, de façon très ambiguë.

1) On peut se demander si, malgré nous, nous n'avons pas recréé une image de couple parental d'alcooliques.

"Son père était ce que sa mère voulait bien qu'il fût".

(CLAVREUL)

Lorsque le groupe reproche au psychothérapeute de n'être pas plus puissant que la police, il vit le psychothérapeute comme était son père vis-à-vis de sa mère - père ayant perdu la loi -.

Il est donc bien évident que, malgré nous, nous avons reconstitué un couple parental. Mais, plus loin, nous essaierons de voir ce qu'il faut penser, en fait, de cette mise en question de la loi, et ce qui est sous-entendu, ici, par la loi de 1838.

2) D'autre part, à un moment, à la fin d'ailleurs de notre tentative, survient une exclusion des deux thérapeutes, et cela, à propos des questions de travail. Que signifie cette exclusion ?

- Je cite :

> "L'hostilité apparente à l'égard des thérapeutes ou larvée,
> "cimente le groupe, l'unifie, en augmente donc la cohésion.
> "La rivalité fraternelle et oedipienne s'atténue et permet
> "une action commune contre celui qui ne donne pas, contre les
> "mauvais parents....
> "On peut dire qu'un des facteurs principaux de la dynamique de
> "groupe, si ce n'est le plus important, la cohésion du groupe,
> "devient, lorsqu'il est trop présent, freinateur et antithéra-
> "peutique". (SCHNEIDER, 1963 - Revue de Psychanalyse - "Transfert et contre-transfert en psychanalyse de groupe").

La rivalité fraternelle, certes, existe, nous l'avons vu ; mais cette exclusion ne traduirait-elle pas aussi une reprise de l'autonomie de l'alcoolique vis-à-vis du groupe. Mais, s'ensuit-il une prise de conscience au niveau individuel ? Certains, dans ce sens, se poseraient la question de savoir s'il y a eu renforcement du noyau de base de la personnalité de l'alcoolique. Mais cela est peu probable, car l'aide psychothérapique n'est reconnue que par l'intermédiaire du groupe (+++).
On demande "un contact" à la sortie, mais il est bien entendu que c'est un "contact" par l'intermédiaire d'un groupe qui fonctionnerait à l'extérieur de l'hôpital dans l'un des dispensaires du service.

Cette aide psychothérapique n'est jamais exploitée sur le plan individuel, si ce n'est que très tardivement et pour un ou deux participants.

De toutes façons, cette notion de demande d'aide psychothérapique à travers le groupe me semble particulièrement une notion importante, étant donné, bien entendu, que le problème individuel de l'alcoolique reste intouché.

Comment le groupe d'alcooliques a-t-il vécu les assistantes sociales du service ?

Pendant la 6ème réunion, le groupe demanda à ce que les assistantes sociales du service participent à la réunion.
Ils avaient beaucoup de questions à leur poser, fût-il dit.

Lors de la réunion, le contact sera assez difficile avec l'assistante sociale ayant accepté de discuter dans le groupe. Puis, progressivement, ils lui diront que le rôle de l'assistante sociale est "de les affermir dans leur volonté, et qu'une leçon de morale de temps en temps, cela ne faisait pas de mal".

De plus, ils lui demandent de les aider à trouver du travail, mais ce, de façon très particulière. En lui reprochant en fait, de ne pas connaître un circuit de patrons anciens alcooliques qui pes prendraient, comme il existe des patrons qui aident les prisonniers à se réadapter.

L'assistante sociale semble donc vécue comme la mère de l'âge de raison, que l'on va voir quand on a besoin d'elle, mais à la seule et unique condition qu'elle n'outrepasse pas ses droits.

Comment sont vécus les infirmiers par le groupe ?

Si l'on se réfère à la citation de BALVET, ils semblent vécus sur le plan symbolique comme la "mère soignante" par les malades.

Mais, dans le cas des alcooliques, le problème semble différent.

L'infirmier, pour l'alcoolique, représente aussi un camarade avec lequel on peut parler, discuter. Mais groupe de camarades auquel on ne veut pas s'assimiler entièrement :

"Ici, dans le service, on les (les alcooliques) utilise comme des "infirmiers. Certes, ils veulent bien rendre service, mais de là "à nettoyer les vieux !!!...".

Par contre, les alcooliques assurent les besognes ménagères du pavillon et l'on doit, là aussi, se poser la question de savoir pourquoi restent-ils cantonnés dans leurs besognes ménagères qu'ils revendiquent d'ailleurs.

"X... se demande s'il doit faire ou non du sport. Il aime cela", "puis réfléchit et dit : "Non, je n'en fais pas, il faut que je "remplace au pavillon le copain qui s'en va : il y a du travail".

L'infirmier cantonnant ainsi l'alcoolique dans les besognes ménagères, ne jouerait-il pas, là aussi, le rôle de la femme de l'alcoolique ?

Par son rôle symbolique, il serait alors la mère, mais la mère d'alcoolique.

IX - Résultats - Conclusion - Problème de la prise de conscience au niveau de l'institution

Au terme de cette expérience vécue, nous nous posons de multiples problèmes.

1) L'institution hospitalière, et donc le personnel, ont-ils pris conscience du problème de l'alcoolisme sur un mode moins rigide, moins moral, comme il est d'usage de comprendre cette question ?

2) Avons-nous aidé l'alcoolique sur son plan personnel ? Y a-t-il eu prise de conscience au niveau de sa maladie ?

3) En essayant de dépasser le problème des résultats bruts, nous nous posons essentiellement la question de savoir quel est le traitement à appliquer aux alcooliques qui se trouvent internés selon le mode actuel de la législation ?

Doit-on ne rien faire, soigner le corps et laisser agir l'institution ? Doit-on, à l'inverse, agir spectaculairement comme le fait CARRERE sur l'expérience duquel nous reviendrons, ou doit-on agir dans le sens que nous avons envisagé ?

a) Si l'on reprend la discussion au niveau de l'institution hospitalière, nous allons nous poser le problème de savoir s'il y a eu "échange", à propos des alcooliques.

- PONCIN écrit à propos de la notion d'institution (thèse Nantes, 1962) :

> "Il s'agit d'un ordre humain où les lois n'existent que comme "l'expression d'un ordre symbolique, le signifiant, dont l'origi-"ne semble être l'échange".

- TOSQUELLES écrit de même :

> "La situation institutionnelle conçue dans le style de la dispo-"nibilité permissive et neutre de la pensée, et de la technique "freudienne se trouve caractérisée par le fait que la rencontre "thérapeutique est structurée, non pas dans une relation phantas-"matique duelle mais par des réseaux interpersonnels multiples "d'ordre symbolique... Il ne suffit pas d'articuler les techni-"ques sociothérapiques et psychothérapiques. La thérapeutique "institutionnelle ne commence que lorsque cette articulation est "vécue par les malades à l'aide ou non d'interprétations techni-"quement définies en connaissance de causes verbales ou agies par "le médecin traitant...".

Au niveau de notre expérience, y a-t-il eu une telle prise de conscience ?

Lorsqu'on analyse les faits sur le plan du service, on s'aperçoit que :

Au niveau de l'équipe d'infirmiers du pavillon 1 et au niveau du service, une modification du comportement est apparue progressivement : L'alcoolique ne sera plus vécu comme un être indigne, mais comme un malade.

De ce changement d'attitude découle une meilleure tolérance aux troubles du comportement provoqués par les alcooliques.

Sur le plan du pavillon, lors de l'ivresse d'un malade, si l'interne de garde n'est plus appelé comme autrefois, par contre, le lendemain, le fait est signalé au médecin, sous la forme suivante : "Que faut-il faire pour X ...?"

Le même trouble du comportement avant la mise en train du groupe de psychothérapie d'alcoolique se serait traduit par une mise à l'Espéral systématique.

De même, sur le plan général du service, apparaît une détente.

Si l'on compare le relevé du rapport général du surveillant de juillet 1964 avec celui de décembre 1964,correspondant respectivement, à la mise en train du groupe d'alcooliques et à l'arrêt de celui-ci, on constate :

- 25 juillet 1964 :

"SARRAZAIN, CARDEAU et DEBRE sont rentrés ivres à 20 h 30.
"Ils étaient à la "pétanque" (café) d'où ils avaient été repérés
"par les agents. L'interne de garde appelé a vu CARDEAU et DEBRE.
"SARRAZAIN se sauve, ne voulant pas voir le médecin. Le malade
"crée un climat de peur chez le personnel et les malades.
"SARRAZAIN est très menaçant vis-à-vis des infirmiers. Il avait
"à la main un sac pesant dont il menaçait l'entourage".

- Alors qu'en décembre 1964 :

"Ivresse de DANIGOT au pavillon 1, menace avec un couteau les "infirmiers".

Ce malade posait, en fait, des problèmes de dangérosité importants au cours d'une ivresse excito-motrice, mais qui furent mieux tolérés : le rapport est succinct et dédramatisé.

De même, si l'on compare le rapport de l'année précédente (décembre 1963) avec celui de décembre 1964, on note :

- Ier décembre 1963 :

au pavillon 6 : DROUIN rentre ivre le soir au pavillon, accompagné de deux énergumènes.

- 2 décembre 1963 :

fugue de LEROY au pavillon 4.

- 3 décembre 1963 :

Légère ivresse de FOURNIER avec DUBON.
Petit scandale dans le parking de l'internat.

- 4 décembre 1963 :

LELONCOURT au pavillon 1 rentre en léger état d'ébriété.

- 19 décembre 1963 :

On reproche à DROUIN de monter le pavillon contre le personnel (10 lignes)

- 24 décembre 1963 :

LELONCOURT rentre ivre au pavillon.

- 27 décembre 1963 :

Retard de permission.
Une fugue au pavillon 6.

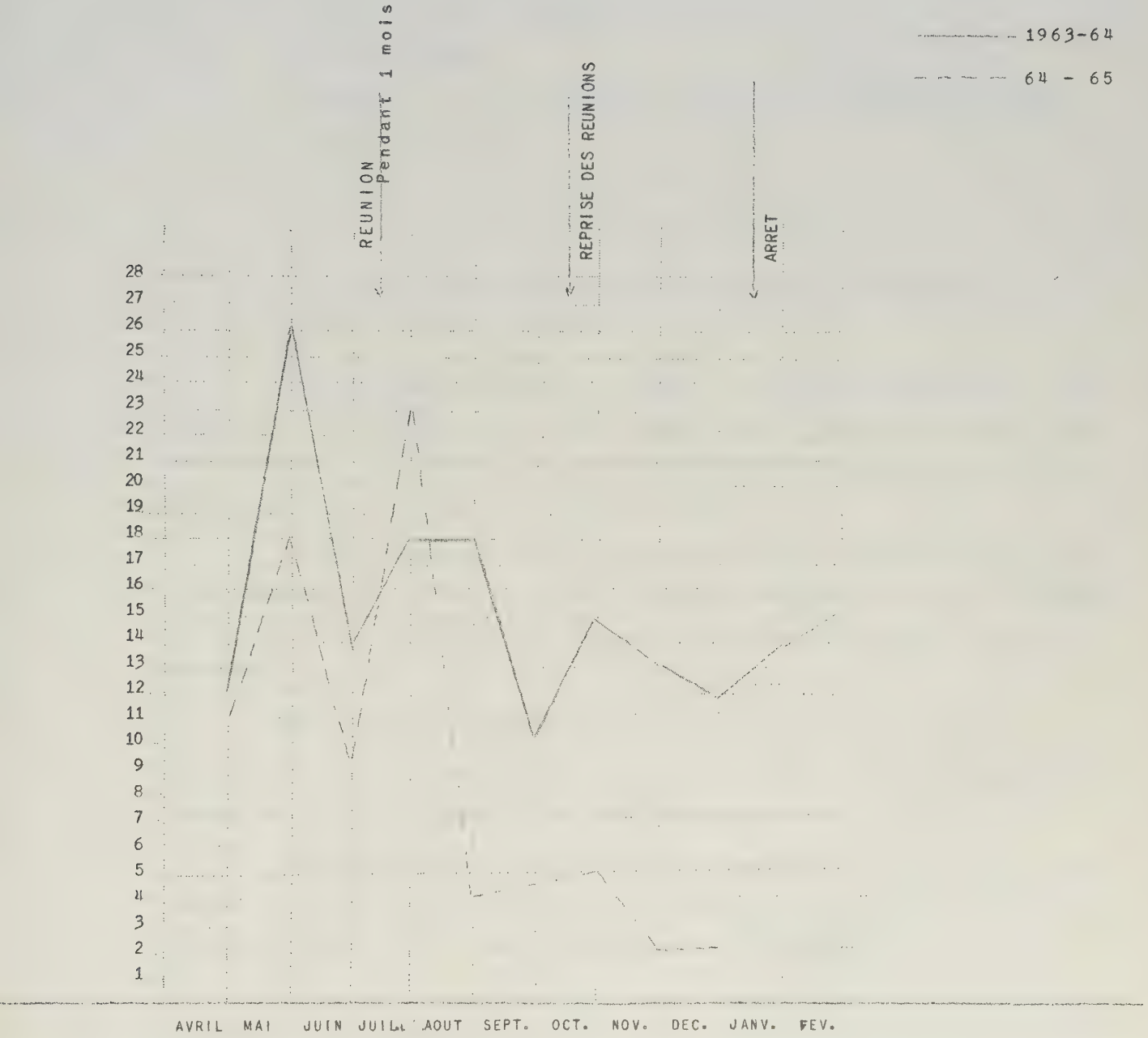
Par contre - en décembre 1964 :

Ivresse de DANIGOT au pavillon 1.
Menace avec couteau les infirmiers.

- 21 décembre 1964 :

Retour de fugue de MOULIN.

			AVRIL		MAI		JUIN		JUILLET		AOUT		SEPT.		OCT.		NOV.		DEC.		JANV.
			63	64	63	64	63	64	63	64	63	64	63	64	63	64	63	64	63	64	64
IVRESSES SIMPLES			6	3	I2	7	5	5	I7	I2	I0	2	I	7	9	2		I	3		9
IVRESSES + SCANDALES			I	6	2	4	6			3	2		3	I		I	6		5	I	2
FUGUES			I	I	4	I				5		I	2		3	2	2	I	2	I	
FUGUES + COMMISSARIAT					3	I	2	I	I	I	I	I	3				3				I
RETARDS DE PERMISSION + IVRESSES			3	I	2	2	I	3		I			I	I	2				I		
INTRODUCTION D'ALCOOL DANS LE SERVICE			I		3	3				I				I	I		I				2
NOMBRE DE MALADES MIS EN JEU			9	I0	I8	I3	9	8	9	I5		4	6	9	II	4	9	2	8	2	9
INCIDENTS GLOBAUX EN FONCTION DES PAVILLONS	P	I	3	I	5	7	4	I	3	II			8	I	9	3	5		2	I	7
	P	2	I	[illegible]		4		2		8				9		I	I	I			5
	P	3	2	2	I3	I	4	I	2	2		3		I	3		I		4		
	P	4	2	I	6	4	2	3	I	I			I		2	I	2		2	I	I
	P	5			I	I				I			I	I							
	P	6	4	5	I	I	4	2	I2	I		4		4	I		3	I	3		I
[illegible]			[illegible]	[illegible]	28	[illegible]	11	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]



COURBES DES INCIDENTS GLOBAUX

sur le plan général du Service .

Envisageons maintenant les résultats globaux de cette étude.
Si l'on relève les incidents importants :

- Ivresses simples
- Ivresses avec scandales
- Fugues simples
- Fugues au cours desquelles il faut aller chercher le malade au commissariat.
- Retard de permission + ivresse.
- Introduction de bouteilles dans le pavillon.

On constate entre les années 1963 et 1964 un changement (voir tableau et courbes).

Sur les deux courbes, on retrouve une grande fréquence des incidents lors des mois de mai et août, aussi bien en 1963 qu'en 1964. Mais, manifestement, pendant tout le fonctionnement du groupe en 1964, les incidents sont peu fréquents par rapport à 1963.

Donc,en débutant cette expérience à partir d'un pavillon, puis d'un deuxième, on constate que les résultats sont positifs, non seulement sur le plan des pavillons intéressés, mais aussi sur le plan global du service.

Quelle est la signification exacte de ces résultats ?

Il n'est pas de notre intention d'affirmer que ces résultats sont démonstratifs de la réussite de notre expérience.

Mais nous pensons que le fait de s'occuper des alcooliques a rendu les infirmiers plus tolérants aux incidents. Il est vraisemblable que nous avons obtenu ainsi une dédramatisation du problème.

On ne parle plus des alcooliques au cours des réunions générales du service, le problème semble réglé, par contre, le grand thème est : l'encombrement du service.

Si, certes, il existe une meilleure tolérance des alcooliques dans le service, on peut se demander si, au niveau des infirmiers, leur conception personnelle de l'alcoolisme s'est modifiée.

Je pense que sur ce plan, nous avons obtenu un léger résultat :

De l'attitude : "Il faut les enfermer, les verrouiller", qui traduisait une conduite de coercition, nous avons obtenu une conception plus souple. Lors de l'arrêt des réunions du groupe d'alcooliques, les infirmiers demandèrent une réunion pour discuter du problème des alcooliques, demande qui traduisait une angoisse devant l'arrêt de la psychothérapie. Dans l'ensemble, il ne fut pas demandé de les enfermer. Le fait de mettre un alcoolique en pavillon fermé leur semble abusif. Ils finissent par penser que l'on peut traiter l'alcoolique sans l'interner en pavillon fermé. Ce changement d'attitude,si minime soit-il, traduit l'évolution du groupe, et l'apparition d'une nouvelle conception du malade alcoolique.

Cette évolution du problème nous permet, sur le plan institutionnel, d'affirmer qu'il y a eu "échange" entre médecins, infirmiers, malades. Le groupe des alcooliques a pu être intégré par l'institution et n'être pas un intrus contre lequel tout le monde était prêt à se retourner, soit en l'excluant, soit en ayant des conduites punitives. Chaque soignant, et en l'occurence chaque infirmier, arrivant à travers les réunions du collectif en son entier, ou réunions de synthèse au niveau des pavillons, à se poser le problème du rôle de l'alcool dans la société, parfois pour le nier, parfois pour le mettre directement en jeu.

Nous pensons là, qu'à propos des alcooliques, il y a eu dialogue.

Mais, affirmer ainsi qu'il y a eu dialogue est peut-être une fausse impression, résultat de notre désir de réussir. En effet, si le collectif soignant ne parle plus d'alcoolique, il parle maintenant d'encombrement. Ce déplacement des thèmes alcoolique-encombrement doit être discuté.

Sur le plan général du service, à propos de ce problème : l'encombrement, il va nous être demandé, à nous médecins, lors des réunions, de discuter systématiquement de chaque malade pour voir quels sont ceux qui sont capables de sortir de l'hôpital.

Pourquoi cette demande de sortie pour des malades autres qu'alcooliques, alors qu'il est manifeste que ce sont les alcooliques qui se montrent les plus insupportables vis-à-vis du collectif soignant. Il eut été de bonne guerre de demander la sortie des malades alcooliques et non,comme cela s'est passé, la sortie de malades le plus souvent hospitalisés de longue date, donc, très "asilisés", et pour lesquels les possibilités de sorties s'avéraient le plus souvent impossibles : plus de logement depuis des années, pas de travail, isolement social, etc...

Donc, par le biais des alcooliques, le collectif soignant se rend compte de l'encombrement, et commence à se poser des problèmes à propos de vieux malades hospitalisés de longue date. Le collectif se rendant compte par là même qu'il n'a peut-être pas fait le nécessaire en temps voulu pour aider un malade à sortir de l'hôpital. Lorsqu'il prend conscience de cette carence, c'est pour s'apercevoir que les issues de sortie sont bien bouchées.

Il apparaît donc là un point d'interrogation quant aux thérapeutiques employées, point d'interrogation qui s'était aussi posé pour les alcooliques dans le même domaine. La réaction du collectif était alors assez "rigide" vis-à-vis des alcooliques. Et l'on peut se demander si l'encombrement ne sert pas alors de masque au collectif soignant pour lui éviter une prise de conscience au niveau des alcooliques.

Quoiqu'il en soit, si la prise de conscience est très minime, au niveau des alcooliques, par contre elle semble meilleure au niveau du problème de l'encombrement. Et l'on peut dire que l'émergence du problème encombrement vient à point pour lever le malaise concernant les alcooliques.

Problème de l'encombrement qui nous amène aux conclusions suivantes:

- Qu'il faut traiter les malades le plus rapidement possible pour leur permettre une réinsertion aisée en dehors de l'hôpital.

- Qu'au-delà de six mois d'hospitalisation, les chances de réinsertion s'amenuisent.

Cette mise en question de l'encombrement, dénoncée par le collectif soignant et débouchant sur des demandes de sorties de malades, est vraisemblablement sous-tendue en arrière-plan (non explicité par le collectif) par une mise en question de la loi de 1838. Par le "faites-les sortir", demandé au médecin, apparaît ainsi une certaine "résistance" ou "agressivité" vis-à-vis du médecin. "Résistance" qui nous oblige à réfléchir et à nous poser le problème de savoir qui fait la loi dans ce service classique... Problème qui recoupe la question que nous pose l'alcoolique, nous l'avons vu : "Qui fait la loi ?", le médecin ou la Préfecture de police !

Le Docteur CHAIGNEAU écrit, à propos de "Réflexions sur la terminologie" dans le Numéro 1 de "Psychiatrie institutionnelle" :

> "J'en viens à une autre facette : "Qui fait la loi ?", et je tente "encore d'appliquer le terme aux Hôpitaux psychiatriques de la "Seine. Le médecin du cadre, aggravé, qui va se poser la question : ""Qui fait la loi ?" est un médecin du cadre de "quoi" en définitive ? Aventure, que d'en débattre, d'essayer de se situer. Et "je dois, là, commencer par une longue parenthèse. Pour éclaircir "sa vue institutionnelle, le praticien en question devra passer "par un temps personnel d'analyse de la situation : savoir pourquoi il est venu dans la Seine... Si sa femme s'ennuyait loin "de Paris, ou si, célibataire, amis et spectacles lui manquaient ? "D'autres intentions ont pu parcourir cette destinée : structurer "une équipe ... donner un enseignement... bénéficier du prestige "associé au titre.... conjurer la crainte d'être considéré comme "un 2ème classe en province, etc... Et même, révolutionner le désordre établi. Tous ces facteurs auront à être démystifiés, soi-"gnés pour le plus grand bien de la liberté du praticien.

"Cette parenthèse terminée, on peut dire,avec plus de chance d'être "compris, que le médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine "vit une aventure à la fois structurale, hiérarchique et politique. "

"La question "qui fait la loi ?", comment résonnera-t-elle pour "ce praticien ? ce "qui fait la loi ?", pouvant fort bien être "extérieur à la communauté de soins et, en règle générale, incon- "scient. Comment l'analyser, le détecter. Cherchons un exemple "dans ce que nous vivons actuellement dans les hôpitaux psychia- "triques de la Seine. A première vue, "qui fait la loi", ce "pourrait bien être la police : elle multiplie les placements "d'office, elle empêche les malades de sortir. On dit même qu'elle "s'arroge des pouvoirs médicaux, ce qui est faux, car les pouvoirs "en question cessent d'être médicaux dès l'instant qu'elle se les "arroge. Disons qu'ils sont pseudo-médicaux. Ce qui importe est de "se poser la question : Est-ce bien la Préfecture de police qui "fait la loi, comme nous sommes tout prêt à le dire ? Ou n'est- "elle pas le masque que nous choisissons inconsciemment pour le ""qui fait la loi" inconscient ?
"

"On doit souligner ici que la Préfecture de police est précisé- "ment une instance légale pour démasquer l'ambiguïté, dans notre "situation, en face de"qui fait la loi" et des instances policiè- "res ou juridiques".
"

"Ainsi, le médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine est "conduit, peut-être, plus qu'un autre psychiatre à une double "démarche, sur deux registres différents :
" - La démarche en profondeur, de nature analytique. Celle où il "est question "d'écornage", de "castration", de "transversalité" "selon la terminologie qu'on préfère ;
" - La démarche d'insertion stratégique qui va conduire à reconsi- "dérer la stratégie et la structure à des niveaux différents

"qu'il serait vain de taire indéfiniment. Pouvons-nous faire cette "reconsidération ou non ? Le problème est posé..." (fin de citation).

b) Y a-t-il eu prise de conscience au niveau des alcooliques ?

Certes, il est évident sur le plan du comportement des alcooliques dans le cadre du pavillon, que l'amélioration est nette. Amélioration du comportement, mais pas prise de conscience de la maladie alcoolique, comme nous l'avons vu lors de la discussion des thèmes du groupe. Or, il est bien évident que la perception à travers le groupe n'a pas la même dimension que celle obtenue au cours d'une psychothérapie individuelle.

Donc, les résultats sont assez maigres. Mais, quelle est la meilleure attitude à avoir vis-à-vis des alcooliques internés ?

La prise de conscience obtenue par CARRERE est-elle meilleure ? Il écrit en juin 1954 :

"La technique consistera à filmer ces malades dans leur comporte- "ment pathologique, le plus simplement possible, sans intervention "apparente du personnel hospitalier de façon à éviter chez le mala- "de lorsque le film sera projeté, l'impression que cette attitude "lui a été commandée ou suggérée....
"

"La projection périodique des états de délirium qu'ils ont présen- "tés pourrait constituer une psychothérapie d'entretien... Au sur- "plus, il y aurait peut-être intérêt à provoquer chez l'alcoolique "chronique un état subaigu pour que, par un "auto-ilotisme" (que "l'on me pardonne ce néologisme), le sujet soit convaincu de la "nocivité de la toxicomanie alcoolique.
"

"Comportement des malades les heures suivant la projection :

" - Surtout à base de repliement, de songeries, dans l'ensemble;
"comportement préoccupé, sans participation à l'ambiance généra-
"lement gaie du service.
" - Lors du départ, la proposition d'une deuxième projection se
"heurte dans le premier cas à une attitude de refus poli mais
"assez catégorique du genre "ça suffit comme ça, j'ai compris".

En 1955, il ajoute :

"On peut se demander si, dans le cas où le milieu familial n'est
"pas entièrement convaincu des troubles présentés par le malade, la
"projection du film ne pourrait pas les inciter à une meilleure
"attitude à l'égard du sujet et en faire les auxiliaires du méde-
"cin...
"La présentation du film à l'entourage familial, lorsque le mala-
"de l'accepte, pourrait modifier l'ambiance dans laquelle vit le
"malade. Peu nous importe après tout de satisfaire les tendances
"sado-masochistes éventuelles des éléments du couple. En ce cas,
"on permettrait une certaine revalorisation intime à l'égard du
"conjoint, peut-être au prix de quelques scènes...."

Mais, il constate aussi :

"Qu'après le film, on constate pour certains : "crânerie devant
"l'entourage avec ce n'était rien , je n'ai pas voulu contre-
"dire le docteur".

La prise de conscience par cette méthode est-elle meilleure ?

Le fait que le malade refuse de voir une seconde fois le film traduit, peut-être, une peur devant l'image qu'on lui offre de lui. Et l'on peut se demander si, sur un plan plus profond, on ne risque pas, devant une telle angoisse, de perturber l'équilibre de sa vie psychique.

De même, lorsque l'alcoolique réagit en disant : "Ce n'était rien", il s'agit, là aussi, d'un processus de défense contre une image par trop angoissante.

Dans les deux cas, qu'il y ait angoisse ou refus, il ne peut y avoir, semble-t-il, prise de conscience profonde des problèmes de l'alcoolique.

De même, montrer le film à la famille peut paraître tout aussi dangereux, bien que CARRERE ajoute :

> "Qu'il se défend d'attenter à la dignité morale d'un homme, car "il ne voit pas où se trouve la dignité de l'alcoolique chronique "en sursis de délirium tremens".

La dernière question que nous nous posons est :
"Quelle doit être, en définitive, l'attitude devant les alcooliques hospitalisés dans un cadre psychiatrique ?"

Se poser cette question peut sembler quelque peu naïf ! Mais, ne serait-ce pas là un moyen de se poser une question normative ?

Existe-t-il une attitude normative à adopter vis-à-vis des alcooliques, dans un cadre hospitalier psychiatrique actuel ?

- L'intervention spectaculaire : le "psychochoc" de CARRERE semble payante , mais nous l'avons vu, la prise de conscience semble nulle.

- D'autre part, ne rien faire n'est pas non plus une solution. Comme nous l'avons déjà signalé, l'alcoolique se trouve en but à toute l'hostilité de l'institution. Cette hostilité se traduisant par une attitude extrêmement rigide et punitive de l'appareil hospitalier.

- S'attaquer à la mise sur pied d'un groupe de psychothérapie d'alcoolique pose beaucoup de problèmes !

Mais, est-ce là, en définitive, une attitude normative ?

D'autres questions se posent de plus à nous :

- Avons-nous "médicalisé" la situation ?
- Avons-nous rendu service aux alcooliques ?

Nous sommes tentés de répondre Oui ; et nous dirons Oui, parce que, comme tout médecin, nous tombons dans le piège de notre désir de guérison de l'autre. Ce désir de guérison répondant à notre propre désir de "faire" quelque chose, d'avoir trouvé le traitement idéal ! N'est-ce pas là le désir inconscient de tout médecin thérapeute :

CLAVREUL écrit, à propos du traitement des alcooliques, qu'il est :

"... fonction de nos ambitions thérapeutiques, si nous espérons "qu'elles dépassent les seules méthodes coercitives, nous avons à "nous demander si nous pouvons concevoir quelque contrat possible "entre l'alcoolique et nous, contrat qui servirait de point de dé- "part à son acheminement vers un progrès. En effet, s'il est tou- "jours possible de décider un malade à se soigner en usant de "pressions physiques ou morales pouvant aller jusqu'à la menace "d'internement, si nous pouvons le désintoxiquer, le modifier nous "dit-on dans ses réflexes conditionnés, si nous pouvons le nantir "de toutes les explications psychologiques désirables de son com- "portement, il n'en reste pas moins vrai que le malade dûment guéri, "mais mécontent de n'avoir pas eu à donner son avis sur la seule "légitimité de sa cure, le malade, donc, peut nous rappeler par "une cuite mémorable - à son dam, mais à notre confusion - qu'il "peut préférer son chemin, si détestable soit-il, au paradis que "nous lui avons choisi".

Pour en revenir à notre expérience, si la prise de conscience au niveau des alcooliques nous semble minime, et bien que nous ne sachions pas encore si nous avons "bien" ou "mal" agi, nous nous sommes aperçus en cours d'observation qu'il était en tout cas impossible de ne pas envisager l'articulation du groupe avec ce qui se passe dans le reste de l'institution.

- C'est dire qu'il nous reste à parler des "inconvénients" qu'une telle thérapeutique peut ainsi déclencher.

- Reste à savoir, d'autre part, quelles sont les possibilités du maniement d'une telle articulation en fonction de la structure d'un service.

- Dans un service hiérarchisé, rigide, et sans souplesse, toute "manipulation" institutionnelle entraîne des réponses aberrantes, coercitives et punitives. C'est dire que l'on se retrouve avec des réactions allant à l'encontre du désir du thérapeute voulant faire disparaître cet état.

- Dans un service, au contraire, certes hiérarchisé, mais où le collectif peut s'exprimer depuis longtemps, on obtient une certaine souplesse de réaction, encore que la responsabilité globale de toute action retombant sur chacun, si le thérapeute n'assume pas l'angoisse apparue de ce fait, en laissant le dialogue et la discussion s'établir, le résultat sera le même : apparition de conduites rigides. Le médecin se retrouvant ainsi à travers les vicissitudes de son groupe de psychothérapie, et les répercussions sur les autres groupes du système hospitalier, devant un échec. C'est dire l'énorme responsabilité qui pèse sur les épaules du médecin et conditionne son comportement, vis-à-vis de l'institution et en même temps vis-à-vis du patient.

Nous rappellerons que, pour ce patient particulier qu'est l'alcoolique, le problème est d'autant plus angoissant qu'il oblige le thérapeute à envisager le problème de la mort :

> "La psychothérapie n'a certes pas pour but, comme le croient "l'alcoolique et sa famille, de faire entrer dans la légalité "ce "hors-la-loi" qu'il est devenu à l'égal de son père. Il "s'agit bien plutôt de mettre en question cette loi, et de se "demander par qui elle est donnée. C'est en acceptant de laisser "le problème se poser sur ce plan, que nous verrons dans les "meilleurs cas le malade nous apporter un abondant matériel où "toujours le personnage principal sera la mort. Car si l'alcool "n'est plus là pour tuer la femme, la mère, il faudra que notre "patient s'en charge".
>
> (CLAVREUL)

C O N C I U S I O N S

1) Le contingent le plus important de malades hospitalisés en service public psychiatrique est celui des malades classés sous la rubrique "alcooliques".

Ce sont ces malades qui posent le plus de problèmes lors de leur hospitalisation, et ce, d'autant plus qu'ils sont de plus en plus nombreux, avec un nombre élevé de sujets placés d'office (44% des hospitalisations).

2) Ces alcooliques hospitalisés posent, à l'hôpital, de nombreux problèmes dont le principal est l'ivresse : perturbation du comportement dont la tolérance dans le cadre de l'hôpital fait problème. Cette intolérance est le reflet, et pour le collectif soignant, et pour le malade, de la non-reconnaissance de l'ivresse en tant que trouble pathologique.

3) Devant cette situation, nous nous sommes proposé de restituer à ces sujets (les alcooliques) leur qualité de malade qui leur était contestée, et ceci par deux moyens :

   a) Valorisation de l'examen somatique et des examens complémentaires.

   b) Institution d'un groupe dit de "psychothérapie d'alcooliques" dont les caractéristiques sont les suivantes :

- groupe comprenant en général 7 à 8 malades,
- avec présence facultative des participants,
- il s'agit, en outre, d'un groupe ouvert (c'est-à-dire se renouvelant au fur et à mesure des sorties et des entrées des malades),
- il n'est pas tenu compte en aucun cas des formes particulières que revêt l'alcoolisme. La seule constante des éléments constituant le groupe étant le symptôme "alcool" ;
- le fonctionnement du groupe s'étale sur cinq mois.

4) Les résultats sont les suivants :

- Il apparaît rapidement, en deux mois, une nette diminution des troubles du comportement de l'alcoolique, et en particulier des ivresses.

- Au niveau du patient s'établit une prise de conscience du trouble.
  Ainsi, des ivresses vécues au début de notre expérience comme une perturbation secondaire à une étiologie sociale et morale, nous aboutissons à une perception de l'ivresse en tant que trouble pathologique.

- Au niveau du personnel infirmier, en réponse à notre attitude, se font jour des adaptations à la situation. Cela sera essentiellement un mode d'approche plus tolérant vis-à-vis de ce malade particulier. Toujours au niveau du personnel, et en réponse à notre attitude, apparaît une acceptation de la "médicalisation" du traitement. Ce qui se révèle comme étant une reconnaissance par l'infirmier de l'alcoolique comme malade.

- En même temps, au niveau des alcooliques, s'établit une meilleure acceptation du traitement habituel : vitamines, et dans certains cas, vitamines et Espéral. Celui-ci ne sera plus alors vécu comme un traitement imposé. Mais, au contraire, ce traitement médicamenteux va être valorisé. L'alcoolique va en reconnaître librement la nécessité, sans pour autant le considérer comme une panacée, mais comme une "béquille".
  Traitement dont il est bien entendu qu'il n'est qu'un point de départ à un traitement plus complet : ici, en l'occurence, il s'agit d'une demande d'aide psychothérapique individuelle.

E N C O N C L U S I O N

Loin de faciliter l'application d'un traitement immédiat et convenable, l'hospitalisation semble, pour les sujets alcooliques, mettre en évidence un certain nombre de problèmes qui empêchent cette application.

Notre travail a consisté à valoriser le traitement médicamenteux indispensable (vitamines, et, dans certains cas, vitamines et Espéral). Cette valorisation semble avoir été facilitée par l'établissement d'un groupe de psychothérapie.

A travers, et par le groupe de psychothérapie, s'établissent des modifications d'attitude :

- D'une part, au niveau du collectif soignant qui se révèle plus tolérant vis-à-vis de ce malade et finit par le reconnaître comme tel.

- D'autre part, au niveau du malade, apparaît une prise de conscience du caractère pathologique de ses troubles.

Dans l'optique limitée de notre expérience et des conditions de travail, il nous semble que cette méthode appliquée soit valable.

O B S E R V A T I O N S

INTRODUCTION GENERALE

Les observations qui suivent sont très schématiques.

Elles comprennent :

- le motif de l'hospitalisation,
- le certificat d'internement rédigé le plus souvent à la Préfecture de Police, par le médecin de l'infirmerie psychiatrique du "dépôt",
- la structure de la personnalité,
- le comportement du malade dans le service,
- les examens complémentaires ont été systématiques (E.E.G., bilans hépatiques) ; ceux-ci ne sont signalés que lorsqu'ils sont anormaux.

Devant ces observations si succinctes, à notre corps défendant, nous nous sommes posé plusieurs questions, auxquelles il semble assez difficile de répondre.

Quoiqu'il en soit, il ne semble pas s'agir d'une sorte de désintérêt vis-à-vis du malade alcoolique, d'une méconnaissance de celui-ci, mais bien plutôt ces observations sont le reflet de nos difficultés de contact avec ce patient lors de la relation psychothérapique duelle.

De plus, lorsque ce patient arrive à l'hôpital, il est déjà classé :

- c'est un alcoolique,
- et le certificat d'internement transmis par la Préfecture de Police ne reflète pas non plus les problèmes de ce malade. Si il témoigne des signes d'intoxication habituels, il ne signale jamais les traits caractéristiques de la personnalité du malade.

Ainsi, la connaissance du malade devient assez impersonnelle et stéréotypée.

Contrastant avec cet aspect, la connaissance de chaque alcoolique à travers le groupe de psychothérapie se révèle très riche - riche sur le plan affectif, comme sur le plan de la structure de la personnalité de chacun, comme si la connaissance de l'alcoolique ne pouvait se faire qu'à travers le groupe - les affects disparaissant dans la relation psychothérapique duelle, du moins dans le cadre des structures actuelles d'un service hospitalier classique - c'est ce qui semble expliquer la sécheresse des observations suivantes.

Pour faciliter la lecture des observations, nous utiliserons la classification déjà utilisée page 15 , sans reprendre toutes les restrictions concernant la définition du mot "alcoolique" déjà évoquée au début de ce travail.

Nous rappellerons que cette classification est utilisée à défaut de l'existence de toute autre classification nosologique, et nous envisagerons le groupe des observations où la pathologie névrotique semble dominer, le groupe où le trait marquant de la personnalité serait "l'immaturité affective".

A l'inverse, d'autres observations évoqueront beaucoup plus les personnalités psychopathiques.

Un groupe important domine : c'est le groupe des alcooliques de plus de 45 ans où les traits saillants de la personnalité sont faits de rigidité, d'autoritarisme.

Nous ajouterons à ce groupe quelques cas que nous pourrions appeler : "alcoolisme banal".

En dernier, nous relèverons les observations où le tableau démentiel prédomine, ou bien la débilité, ou bien les lésions nerveuses essentiellement secondaires à des traumatismes crâniens.

Les noms désignant les observations sont bien entendu fictifs.

Ier GROUPE D'OBSERVATIONS

Les observations suivantes sont caractérisées par une prédominance de la pathologie névrotique sur les signes pathologiques alcooliques.

- Les malades sont âgés, en général, de 35 à 45 ans ; ils ont, de plus, en majorité, un bon niveau intellectuel, et sont ou artisan qualifié , ou ouvrier qualifié.

- L'hospitalisation est toujours survenue pour des signes d'intoxication aiguë alcoolique du type prédélirium.

Après sevrage, la pathologie névrotique domine le tableau comprenant :

- Des conduites phobiques essentiellement ;
- Quelques mécanismes obsessionnels ;

le tout s'accompagnant le plus souvent d'une thymie assez dépressive.

- Dans le cadre du couple, la femme est en général plus âgée que son mari, et semble assumer le rôle de chef de famille, avec tout ce que cela comporte dans l'imagerie habituelle :

  - esprit de décision,
  - gestion du budget,
  - valorisation de principes moraux assez stricts.

B E L E N T - 34 ans - Tourneur - Marié

Ière hospitalisation -

Placement d'office du 24.9.1964 - Infirmerie spéciale

"Ethylisme chronique. Amené à la suite d'un épisode confuso-onirique (sorti par la fenêtre pour chasser avec un couteau des araignées imaginaires). Se rappelle la scène, la critique assez bien, mais garde une suggestibilité hallucinatoire et perplexité inquiète. Avoue seulement des vertiges depuis deux mois. Reconnaît ses excès. Trémulations importantes".

Sortie le 5.12.1964, après une P.L.D. d'un mois avec reprise du travail.

- Espéral
- Equanil

- Histoire

La police a été appelée par les voisins.

Marié depuis 9 ans - Sa femme était enceinte quand ils se sont mariés.

Deux enfants : - une fille, 7 ans : sourde et muette, placée
- un fils : sourd, placé

N'a pas son C.E.P. : "est parti avant l'examen. Il avait peur de le rater".

- Structure

A toujours douté de lui-même, timide, anxieux, pour un rien "se fait de la bile".

C'est lui qui cuisine à la maison - Sa femme s'occupe de l'argent du ménage et organise le budget familial.

Sur le plan somatique :

Outre les signes d'imprégnation, il posera des problèmes à propos d'une hypertension artérielle (vu dans une consultation spécialisée :RAS).

- Femme : Coopérante, active, virile.

- Sort en P.L.D. de un mois avec reprise de travail.

- Vie dans le Service : Actif.

Timide aux réunions, mais y participe affectivement.

B L U C H A I S - 47 ans - Manoeuvre - Marié.

2ème hospitalisation succédant à la première qui date de Un an et demi.

Service libre du 3 octobre 1964 -

Vient donc de lui-même, envoyé par son médecin.
Etat de prédélirium.

Sortie le 31 octobre 1964 :

- Espéral + Equanil + extraits hépatiques
- Reprise de travail.

- Histoire

Travaille dans une brasserie - Dit se laisser entraîner -
Ne prend pas d'Espéral ("sa femme n'a pas voulu lui en acheter", dit-il).

Prisonnier pendant la guerre (3 ans)

- d'un premier mariage à l'âge de 29 ans

- une fille de 16 ans
- un garçon de 12 ans

Divorce

- Se remarie avec une veuve ayant déjà deux enfants.
Ils ont ensemble deux enfants (6 ans et 3 ans)

- Pas de C.E.P.

- Signes physiques d'intoxication.

- Structure

Se dit de caractère doux - "C'est rare que je m'emporte" -
Mais semble assez rigide : aime que tout soit en ordre -
Vérifie toujours si le gaz est bien fermé, etc...

- La femme : Venant le voir, s' inquiète simplement de savoir si elle touchera les allocations familiales.

Véritable "virago"

- Vie dans le Service :
- Très effacé
- Taciturne
- Ne dit jamais rien aux réunions
- Mais les fréquente assidûment.

C A R D E A U - 36 ans - Terrassier

4ème hospitalisation.

Service libre du 29 mai 1964

"Névrose phobique grave apparue à la suite d'une désintoxication éthylique - Tentative récente de suicide par absorption de Tofranil".

Sortie le 1.9.1964 : avec reprise du travail.

Traitement : Equanil
Espéral.

- Antécédents

1) Hospitalisation précédente, Ier service libre, du 12.10.62 au 12.62
"Ethylisme chronique sur fond de déséquilibre mineur - Désintoxication volontaire".
- Boit par entrainement sur le chantier - Avait déjà été désintoxiqué en 1956.
- Instabilité professionnelle.
- Mis à l'Espéral.

2) Réhospitalisé de décembre 1963 à février 1964.
- il boit à nouveau.

3) Hospitalisation en mars 1964 où il est vu comme :
"Personnalité phobique déclenchant des épisodes d'anxiété délirante en période critique - Rechute alcoolique".
- Est traité par Tofranil - Nozinan.

- Histoire

Homme très pittoresque - Très tatoué, ancien baroudeur.
personnalité complexe comprenant :
- conduites phobiques
- culpabilité (mort d'un autre légionnaire)
- angoisse +++

- La femme : Très maternelle - Vit maritalement avec lui.
de 5 ans plus âgée que lui.

- Vie dans le Service : "Gros dur" - mais s'adaptant.
- Prend l'Espéral, mais pour lui c'est une précaution magique contre la rechute alcoolique.
- Ne boit plus d'alcool depuis maintenant Un an.
- Sortie : R A S

- En résumé : Il s'agit donc d'un homme qui fut tout d'abord considéré comme alcoolique chronique habituel,et désintoxiqué. Mais, au décours de la cure de désintoxication, apparition d'un tableau névrotique intense avec mécanismes phobiques et thymie dépressive.

M A U R A S S O T - 44 ans - Démonstrateur - Marié

Ière hospitalisation.

Service libre du 6.10.1964

"Ethylique chronique, logorrhéique, jovial - Vient spontanément solliciter une cure de désintoxication - Boit environ 4 litres de vin par jour - Anorexie - Crampes - Tremblements - Baisse du rendement professionnel - Une cure de désintoxication, il y a 4 ans, s'est soldée par un échec".

Sortie du 31.10.1964

Traitement : Espéral
Equanil
Reprise du travail.

- Histoire

Très jovial - A bu "un coup" avant de venir -
Signes d'imprégnation importants - Foie énorme -
A déjà subi un début de cure de désintoxication il y a 4 ans.
Cure qu'il interrompt au bout de 5 jours.
Sa mère est devenue veuve quand il avait 7 ans - "J'étais le caïd de la maison".
- Multiples professions : entre autres, Secrétaire d'Expert à l'Hôtel Drouot, et, pour finir, représentant en vins.
- Se marie à 20 ans - sa femme était enceinte -
Actuellement, est fâché avec sa fille car il aurait la même maîtresse que son beau-fils.
Trouve que sa femme est une sainte.
Issu d'une famille très aisée.

- Structure

Dit lui-même que s'il boit, c'est parce qu'il est anxieux.
D'ailleurs, cette anxiété apparaîtra très nettement au cours de la cure,

- Avec thymie, dépressive, pleurs ;
- Agressivité vocale : envers les hôpitaux
les infirmiers
les médecins, etc...
- et comportement phobique

Lorsqu'il quitte le service, dit qu'il ira voir son médecin de famille qui, lui, a dû boire aussi, autrefois.

- La femme : très fuyante, minimise, tout est parfait.

- Dans le service :

Il est d'un niveau intellectuel supérieur aux autres.
Mais si, aux réunions, c'est lui le bavard, le leader, dans le service il est rejeté par les autres membres du groupe.

D U P O N T - 45 ans - Ex-boucher - actuellement manoeuvre - Marié.

3ème hospitalisation -

Placement d'office du 24.10.1964

"Ethylisme chronique entretenu par un conflit familial auquel participent la femme et la fille aînée - Celles-ci lui reprochant de ne pas travailler alors qu'un reclassement professionnel est en cours. Déchu de ses prérogatives de père de famille, s'enivre pour tenter de rétablir son autorité de façon inadéquate par des colères violentes".

Certificat de sortie du 4.2.1965

"Ethylisme chronique sur fond de déséquilibre - Troubles liés à un conflit familial - Il a été obtenu l'accord de la famille pour l'envoyer au centre de rééducation de la Membrolle.

Traitement : Librium
Espéral

- Histoire

Histoire caractéristique d'un conflit névrotique. Longues conduites d'échecs - Sur le plan du travail, échoue.
Après avoir été ouvrier-boucher pendant 13 ans, se fait progressivement déclasser pour aboutir à un petit travail de manoeuvre.

- Couple : Lien sado-masochique évident.

- Antécédents :

Ière hospitalisation le 17.6.1963

"Ethylisme chronique - Déchéance socio-professionnelle - Signes d'intolérance - Ivresses répétées - Mésentente conjugale - Conscience des excès - Coopérant au traitement".

Sortie le 14.10.1963

Placement d'office le 22.1.1964

"Ivresse clastique chez un éthylique chronique - Troubles du comportement à l'égard de l'épouse - Relations conjugales élaborées sur un mode sadomasochiste - Revendications d'affection - Thymie dépressive devant les difficultés d'insertion sociale après sa sortie".

- Dans le Service

Actif
Participe aux réunions de pavillon.

- Evolution ultérieure

Envoyé à la Membrolle.

- En résumé, là aussi, dans ce cas, la désintoxication met en évidence une personnalité de structure névrotique qui, à l'occasion de la désintoxication, se décompense plus brutalement.

2ème GROUPE D'OBSERVATIONS

Les observations suivantes évoquent plus particulièrement les personnalités psychopathiques de la nosographie classique auxquelles elles empruntent de nombreux traits.

Il s'agit de sujets âgés en général de moins de 45 ans, anciens engagés (Légion ou parachutistes).

L'instabilité professionnelle domine actuellement le tableau.

L'hospitalisation a toujours lieu dans un contexte de violence (violence envers un proche parent et dans la majorité des cas envers l'épouse ou la concubine).

Le conflit avec la femme est une constante de ces personnalités. Il lui est toujours reproché un manque d'amour envers le patient, par le patient, et souvent finalement d'être infidèle.

C A U M - 37 ans - Manoeuvre - Marié

2ème hospitalisation -

Placement d'office du 14.1.1964

"Ethylisme chronique - Troubles du comportement - Brutalités, grossièretés - Semi-indécences - Reproche à sa femme de souhaiter son internement, de se croire supérieure à lui - Avait cessé son traitement pendant les fêtes en même temps que son travail, car n'est pas accoutumé à un travail de force - Ivresses répétées".

Sortie du 10.12.1964, avec le certificat suivant, un an après :

"Ethylisme chronique - Désintoxication faite - Conflit conjugal réglé par une séparation et un divorce dont la procédure est en cours - A convoquer au dispensaire - Peut sortir".

Traitement : Nozinan 25 N° 1.

Pendant son séjour à l'hôpital, est resté en pavillon fermé mais avec une fugue le 31.3.1964 de quelques jours.

- Histoire : Conflit conjugal.

- Structure : Anxieux -
Immature affectif -
Evoque les personnalité psychopathiques.

- Antécédents :

Placement d'office le 1.6.1963

"Ethylisme chronique - Ivresse avec violences - Menaces à sa famille - Boit depuis son service militaire en Indochine - Une cure de désintoxication en 1960".

Ancien engagé de l'armée (Indochine 7 ans).

D E B R E - 43 ans - Ouvrier de fabrication - Veuf

2ème hospitalisation (Ière dans le Service)

Service libre du 7.7.1964

Reprise de l'intoxication.

"Désintoxication volontaire - Rééquilibration somatique d'une syphilis sérologique".

Mais le 27.7.1964 : s'énivre dans le service et quitte le service de lui-même ; n'y reviendra que 4 mois plus tard pour essayer de régler sa situation administrative à la Sécurité Sociale.

- Structure et Histoire

Instabilité qui se traduit sur le plan professionnel.
Engagé à 17 ans.
Evoque la personnalité du déséquilibré avec anxiété.
Thymie dépressive depuis la mort de sa femme, il y a 3 ans.

G U I T T A U D - 33 ans - Chauffeur aux Pompes Funèbres - Marié

Ière hospitalisation -

Placement d'office du 21.6.1964

"Crises d'excitation avec manifestations théatrales d'exaspération chez un arriéré affectif - Conflit conjugal ouvert - Doit être traité".

Sortie le 10.8.1964

Traitement : Equanil
Espéral

- Histoire

  - Conflit aigu avec sa femme - Celle-ci le trompe ouvertement fait une demande de divorce. Mais elle reviendra sur sa décision et reprend son mari.
  - Petit buveur d'habitude (subictère conjonctival)
  - Engagé dans l'armée à 18 ans.

- Structure

  - Rigide, vaniteux, fruste.
  - Immaturité affective - Evoque une personnalité psychopathique.

- Dans le service

  - Prend une position de leader surtout au moment des réunions.

C H A R L E S - 42 ans - Docker - Vit maritalement -

5ème hospitalisation -

Placement d'office du 24.10.1964 -

"Alcoolique chronique sur fond de déséquilibre - Au cours d'une ivresse, bagarres avec sa concubine qui alerte la police judiciaire et sollicite ensuite la sortie dès qu'il est hospitalisé. Sorti du service en janvier 1964 - A travaillé jusqu'à une hospitalisation récente pour ulcère du duodénum - Reprise des excès depuis deux mois".

Toujours hospitalisé.

La sortie n'est pas accordée par la Préfecture.

- Antécédents

  - Placement d'office en août 1960
    Réactions coléreuses chez un alcoolique chronique.
    Violences envers sa concubine.
  - Placement d'office en mai 1961
    Alcoolisme chronique - Troubles du caractère et du comportement.
    Violences à l'égard de son amie.
  - Placement d'office d'octobre 1962 - idem.
  - Placement d'office en août 1963 - idem.

    Sortie en février 1964.

- Histoire

  Passé de déséquilibré.
  Engagé de la Légion.
  A fait de la prison pour une histoire de mobilette.

  Chaque fois, c'est son amie qui appelle la police et, dès le lendemain, sollicite la sortie.

- Structure

  Personnalité psychopathique.

- Dans le service

  Actif,
  Brave garçon.

P E C H E U R - 31 ans - Typographe - Marié

3ème hospitalisation -

Placement d'office du 17.9.1964 -

"Ethylisme chronique chez un immature affectif - Excès massifs - Violences clastiques, menace de mort - Emotivité un peu théâtrale, conscience médiocre de ses responsabilités et bonne foi en défaut".

Sortie du 26.11.1964 -

"Ethylisme chronique sur fond de déséquilibre caractériel chez un ancien poliomyélitique - Coopère au traitement" .

Traitement : Equanil
Espéral

Histoire -

Sort d'une cure de désintoxication en milieu médical et qui a échoué - Le problème conjugal domine la situation - La femme a un amant, et ne veut plus reprendre son mari - Elle signe tout de même la transformation de placement.

Un mois après sa sortie : nous le reprenons 15 jours dans le Service, en service libre. Il boit à nouveau - Grave conflit familial - A repris un travail et est suivi régulièrement.

En avril 1960 - Déjà placé en placement d'office.

"Troubles du caractère chez un alcoolique chronique - Mésentente conjugale - Arriération affective - Signes d'imprégnation".

En octobre 1959 - Interné aussi en placement d'office avec un certificat à peu près identique.

Structure -

Personnalité psychopathique.

Evolution dans le Service -

Coopérant, souple, anxieux.

Evolution ultérieure -

Nous l'avons revu : Vit maintenant seul - Centre d'hébergement de la rue des Bourdonnais - Peu stable sur le plan professionnel - Le conflit avec sa femme n'est pas terminé. Il reste très dépendant de celle-ci - Veut à tout prix reprendre la vie conjugale, ce qui aboutit à un nouvel internement, sa femme appelant police-secours pour se débarrasser de son époux.

D A M O I S E A U - 37 ans - Ingénieur agricole - Célibataire

Ière hospitalisation dans le Service (2 fois interné).

Placement d'office du 5.9.1964 -

"Déséquilibre psychique - Grivèlerie de taxi plus ou moins délibérée au cours d'une ivresse - Biographie mouvementée - Instabilité socio-professionnelle et familiale - Plusieurs séjours en Afrique où il avait contracté le paludisme et une ankylostomiase.
Nombreux démêlés avec la police depuis 1960 pour des motifs futiles - Mythomane - Comportement puéril malgré un bon niveau intellectuel - Déjà deux fois interné.

L'internement apparaît comme la seule solution en attendant son départ en Afrique."

Sortie le 7.10.1964 -

Traitement : Equanil.

Histoire -

Revient ivre de permission - Dans le service, se manifeste par des démêlés compliqués à propos d'argent. A donné de l'argent à un autre malade pour que celui-ci le lui garde (car lui est en placement d'office), or le malade a tout dépensé, etc...

Structure -

Personnalité psychopathique.

Evolution -

Quelques mois après sa sortie, revient dans le Service pour voir les médecins.
Il est accompagné par un médecin du Congo qui semble le convoyer et le rapatrier en France.
Disparaît à nouveau.

S A R A Z A I N - 30 ans - Manoeuvre - Divorcé

3ème hospitalisation -

(3 placements d'office en 1964)

Placement d'office du 18.11.1964

"Troubles du caractère et du comportement exagéré par des excès éthyliques - Bagarres avec son frère lors d'une ivresse partagée - Minimise ses troubles - Nie les excès habituels - Fond mental fruste - Masochisme".

Traitement : Melleril.

Antécédents

Placement d'office du 11.3.1964

"Ethylisme chronique sur fond d'arriération affective - Impulsivité lors des ivresses - Séparé d'avec son épouse et dit aller la voir tous les samedis et dimanches - Mésentente avec le beau-père - Dispute familiale ayant motivé l'internement - Minimisation des excès."

Placement d'office du 12.6.1964

"A présenté une ivresse au cours d'une permission sous placement volontaire - Amnésie lacunaire portant sur l'épisode."

Et entre ce placement et le suivant de novembre 1964, il y aura trois évasions avec réintégration spontanée dans le Service.

Histoire

N'a pas le C.E.P.
Réformé lors du service militaire pour hypertension.
Séparé de sa femme à qui il reproche sa légèreté.
Travaille régulièrement.
A toujours, sauf à un moment, refusé l'Espéral.

Evolution

Attend patiemment dans le service sa sortie.

Structure

Déséquilibre - Personnalité psochopathique.

3ème GROUPE D'OBSERVATIONS

Les trois observations suivantes sont difficiles à intégrer dans le cadre de la nosographie classique.

Elles évoquent toutes les trois l'immaturité affective qui colore ainsi toute la symptomatologie de ces patients.

Il s'agit, en outre, de patients très jeunes (moins de 30 ans), de multiples fois hospitalisés et toujours en P.O. pour des troubles du comportement majeurs.

Dans le service, le contact est difficile ; ces malades ne recherchent pas la compagnie des autres malades, très repliés sur eux-mêmes. Le seul contact possible avec le médecin n'apparaissant qu'à travers des conduites d'opposition.

F A U R E - 31 ans - Employé E.D.F. - Marié.

3ème hospitalisation.

Placement d'office du 28.6.1964

"Alcoolisme chronique - Ivresses répétées - Violences occasionnelles contre sa femme - Hier, l'a frappée d'un tournevis - Tremblement digito-lingual".

Sortie du 16.11.1964

"Interné pour éthylisme chronique avec violences contre sa femme - Vit chez sa mère à Orly".

Traitement : Equanil

- Histoire

Conflits conjugaux multiples.
Accuse sa femme d'avoir un amant.

- Structure

Immaturité affective.
Niveau fruste.

- Antécédents

Placement d'office de juillet 1961 :

"Ethylisme chronique sous le régime de la loi 1954 - Interné après avoir refusé de se rendre à une convocation médicale - Signes d'imprégnation".

Traitement : Espéral.

Placement d'office du 1.9.1963 :

"Ethylisme chronique sur fond d'arriération affective chez un sujet de niveau fruste - Regrets redoublés de son acte et de ses excès - Signes d'imprégnation majeure".

Traitement : Espéral
Equanil

L E P A G E - 24 ans - Boucher à La Villette - Marié

Ière hospitalisation -

Placement d'office du 15.6.1964 -

"Troubles du caractère chez un jeune déséquilibré impulsif - Contexte de difficultés dans les relations intra-familiales - Ressentiments à l'égard du père : il prétend que son père est agressif et bat sa mère - Obtusion - Rigidité".

Sortie du 31.8.1964

Traitement : Espéral
Equanil

- Histoire

A déjà été hospitalisé au Val-de-Grâce pour un état dépressif avec comportement clastique, pendant son service militaire.

Réformé.

Boit beaucoup.

- Structure

Rigide -
Défense de type paranoïaque -
Sujet fruste.

- Dans le Service

Se repose - Refuse toutes activités -
Se dit en vacances ici -
Refuse de s'intégrer au groupe de psychothérapie.

M E R S A N S - 24 ans - Peintre en bâtiment - Célibataire

3ème hospitalisation -

Service libre du 27.6.1964 -

"Rechute d'éthylisme chronique chez un bègue immaturé".

- Histoire

Vit en clochard - Instabilité professionnelle -
Est rejeté par la famille, qui trouve qu'elle en a fait suffisamment pour lui.

- Antécédents

- Placement d'office le 29 mars 1963

A présenté une ivresse excito-motrice sur fond d'immaturation affective d' inhibition et de bégaiement - éthylisme de surcomsation - Petits signes d'imprégnation.

Traitement : Espéral
Equanil

- Service libre du 12.10.1963

Demande volontaire de désintoxication chez un bègue immature - Avait arrêté son Espéral - Reprise des excès - Menaces à l'égard de la famille.
Niveau fruste.

- Dans le Service

Instable - Ivresses - Introduit du vin dans le dortoir - Quête affective permanente.

4ème GROUPE D'OBSERVATIONS

Le groupe suivant est le groupe le plus important de notre classification.

Le trait dominant de la personnalité de ces sujets semble être une rigidité de caractère assez importante, supportant mal maintenant, à plus de 45 ans, certaines frustrations.

Pour la majorité de ces malades, il s'agit de la première hospitalisation sous forme de P.O.

Ils sont pères de famille nombreuse et le conflit est permanent mais évolue à minima entre la femme et les enfants qui se révèlent plus ou moins tolérants en fonction des fluctuations économico-sociales de la famille.

D O D U T - 62 ans - Gardiennage - Marié

Ière hospitalisation dans le Service.

Placement d'office le 10.6.1964

"Troubles du caractère chez un éthylique caractériel peut-être aggravé par un trauma crânien en 1953 - Incidents conjugaux violents depuis des années - Agressif, menaçant, mauvaise foi totale et roublardise - Déjà interné à Evreux en 1963 à la suite d'un scandale - Est sorti sur intervention de sa femme, malgré l'avis médical".

Transformation de P.O. demandée par le Service.

Sera expertisé le 12.8.1964.

Sortie le 20.10.1964 avec Espéral.
Reprend un travail.

- Histoire

Confuse, associant alcoolisme et mésentente conjugale.
Interné à la suite d'une querelle avec une amie de sa femme à propos d'argent.

La femme : (mariage depuis 16 ans)
commence une procédure de divorce.
Mais vers la fin de l'hospitalisation de son mari, elle change d'avis, et ils reprendront la vie commune.
Cette femme a toujours été sur la défensive, ne communiquant avec le docteur que par l'intermédiaire de longues lettres, dans lesquelles elle fait état de son désir de divorcer.

Le malade :
Jusqu'en 1959, a travaillé en fonderie.
1959 : accident de motocyclette : trauma crânien.
Depuis, travaille dans une entreprise de nettoyage.
3 enfants d'un premier mariage - divorcé - ne voit pas ses enfants.
Remarié en 1957 avec une divorcée ayant de grands enfants - Vivait maritalement avec elle depuis 8 à 10 ans.

- Structure :

Assez rigide
Thymie dépressive - Pas de troubles caractériels dans le Service
Signes d'imprégnation
Déjà désintoxiqué en province (1 ou 2 ans) : échec.

- Vie dans le Service :

Participe activement à la vie du pavillon.
Très lié avec Pérono, avec lequel ils se racontent leurs malheurs conjugaux.

E.E.G.: Normal - Pas de séquelles électriques du trauma.

G I B R E M E - 58 ans - Menuisier - Marié

Ière hospitalisation -

Placement d'office du 2.6.1964

"Alcoolique banal "surpris" d'être hospitalisé -
Une note préfectorale insiste surtout sur l'intolérance dont il est l'objet en milieu familial".

Sortie le 27.7.1964

Traitement : Espéral
Equanil

- Histoire

  - N'a pas le C.E.P.
  - 10 enfants
  - Est issu d'une famille nombreuse.

- Structure

  - Rigide.
  - Petit tyran familial.

- Vie dans le Service

  - Effacé.

- Antécédents

  Placement d'office en 1954 à Sainte-Anne pour alcoolisme.
  En 1960 : désintoxication rue de Charonne.

G I V E R N A I S - 45 ans - Contremaître sur un chantier - Marié

Ière hospitalisation.

Placement d'office du 14.8.1964 (Infirmerie)

"Ethylisme chronique sur fond de déséquilibre - Rebelle à toute tentative thérapeutique (loi 1954).
Psychorigidité, satisfaction de soi, minimisation de son intoxication, négation de ses troubles du caractère - Sujet peu abordable, estimant que tout va bien".

Dans le Service : cet aspect sera estompé.

"Alcoolique modéré, au caractère "entier" mais paraissant toutefois dans les limites de la normale. Interné pour n'avoir pas voulu répondre aux convocations du dispensaire".

Transformation demandée par le Service.

Sortie le 28.9.1964

Traitement : Equanil
Espéral

Reprend le travail.

- Histoire

Se retrouve à l'Infirmerie à propos d'une querelle avec un agent - Il avait brûlé un feu rouge.

- A 19 ans : s'engage comme mécanicien-chauffeur sur torpilleur.
- Coulé en 1944 : hospitalisation de 3 ans à Toulon.
- Puis navigue sur chalutier.
- Puis vient travailler à Paris.
- Marié depuis 1945 à une Bretonne : 5 enfants.
- Signes d'imprégnation +++

- Structure

Caractère entier - autoritaire -
Reconnaît qu'il a besoin d'être soigné.

- La femme : quand il boit, il est méchant.
Elle a déjà porté plainte deux fois (il y a 7 ans et dernièrement).
A toujours été une forte tête.

- Vie dans le Service

Actif , leader.

J O B - 42 ans - Eboueur - Marié

Ière hospitalisation

Placement d'office du 10.10.1964

"Ethylisme chronique - Scènes incessantes avec sa femme quand celle-ci est au domicile, ce qui, paraît-il, pour des motifs divers, n'est pas constant - Ne conteste pas ses excès en dépit de 3 cures de désintoxication antérieures".

Sortie du 8.12.1964

Traitement : Espéral
Equanil

- Histoire

Abandonné par sa femme qui lui laisse les dix enfants sur les bras.

N'a pas de C.E.P.

- Structure

Rigide
Autoritaire

Sujet fruste

- Comportement dans le Service

Très effacé.

P E R E N C - 51 ans - Manoeuvre - Vit maritalement

Ière hospitalisation

Placement d'office du 29.2.1964

"Ethylisme chronique chez un ancien traumatisé du crâne -
Bagarres répétées surtout avec le fils de son amie -
Jalousie morbide (la soupçonne de relations incestueuses)
Dernièrement, l'a menacée d'un couteau et a envisagé de mettre le feu".

Certificat de sortie du 31.8.1964

Traitement : Espéral
Equanil

- Histoire

Enfance traduisant un certain déséquilibre : fugues vers l'âge de 11 ans - Mais élevé par une tutrice.
Pas de C.E.P.
Prisonnier pendant la guerre.
Quand il revient, sa femme s'est mise en ménage avec un autre.
S'engage alors dans l'armée.
Vit en ménage avec une femme ayant trois enfants.
Instabilité professionnelle, idées de jalousie.
Nombreux accidents du travail.

- Structure

Rigide
Autoritaire - jaloux.
E.E.G. normal.

- La femme

Ambivalente vis-à-vis de son mari, tantôt affectueuse, tantôt froide et rejetante.

- Dans le Service

Est délégué de pavillon - puis démissionne -
Finit par coopérer à un traitement par Espéral alors que, jusque-là, il y était opposé.

JEAN de VERSAILLES - 40 ans - Electricien - Marié

Vient en service libre le 21.12.1964

Cure spontanée de désintoxication - En fait intoxication symptomatique d'un état dépressif réactionnel à des difficultés socio-professionnelles.

Sortie le 9.1.1965

A perdu sa place, doit chercher du travail.

Traitement : Espéral
Vitamines

- Histoire

Travaille depuis 20 ans dans la marine comme électricien (civil) L'usine décentralise - se retrouve sans travail, sans logement, ne voulant pas suivre le déplacement de l'usine.

Dit qu'il fait "l'imbécile" par rapport à ses frères et soeurs qui ont mieux réussi.

Il y a 10 ans : cure de désintoxication.

Sa femme aussi semble mal supporter leurs ennuis.

Ils vivent dans une cité de secours (baraquement).

- Structure

Taciturne, peu communicatif.
Découragé par ce qui lui arrive.
Peu bavard - Sûrement rigide - Mais a conscience de son état - Veut regrimper l'échelle sociale.

- La femme : n'est pas venue le voir.
Par renseignements sociaux, nous apprenons que la femme serait rigide, autoritaire. Très liée à une belle soeur, qui semblerait intervenir assez facilement et intempestivement dans la vie du couple.

W A N N E - 42 ANS - Employé au Gaz de France - Marié

2ème hospitalisation

Placement d'office du 30.8.1964

"Alcoolisme chronique - Troubles du comportement à l'occasion d'ivresses - Hier, coups à sa femme qui est enceinte de son 12ème enfant - A subi une cure de désintoxication en 1960 - et fait un séjour à Ville-Evrard en 1963 -
A cessé l'Espéral un mois après sa sortie".

Sortie le 14/11/1964

Traitement : Espéral
Equanil

- Histoire

Alcoolisme de misère
Vit en Cité d'urgence
Culpabilité - Souffre de sa défaite de père devant ses enfants.

- Structure

Autoritaire
Rigide

- Dans le Service

Très actif.
Dirige le dortoir.

- Antécédents

Placement d'office du 24.7.1963

"Troubles des conduites chez un éthylique - Penaud de se retrouver interné après une désintoxication antérieure.
Contexte socio-familial défavorable - Cercle vicieux entre la toxicomanie et les déboires sociaux -
Constitution fragile -
Signes importants d'alcoolisme".

Sortie le 30.11.1963

Traitement : Tofranil
Nozinan
Espéral

5ème GROUPE D'OBSERVATIONS

Sous la rubrique "alcoolisme banal", sont rangés ici une certaine catégorie de sujets qui ont en commun des traits nous empêchant de les intégrer dans les groupes précédents.

Il s'agit de sujets relativement stables sur le plan professionnel, mais vivant isolés,et dans l'équipe de travail, et dans le cadre familial.

Sujet, de plus, acceptant relativement passivement, et les "bonheurs" et les "malheurs" d'une vie, et familiale et professionnelle.

L'intoxication alcoolique se fait toujours solitairement, et la dominante thymique de ces sujets est assez dépressive.

D O U C H E - 48 ans - Tourneur - Marié

2ème hospitalisation.

Service libre du 26.11.1964

"Ethylisme chronique avec importante altération de l'état général - Hospitalisé sur sa demande - Examens complémentaires négatifs - Cure de dégoût en cours".

Sortie le 24.12.1964

avec Disulfirane de tétraéthyl.

- Structure

Anxieux, déprimé, solitaire, passif.

- Vie dans le Service

- Refuse l'Espéral mais accepte le Disulfirane de Tétraéthyl.
- On est sûr que cette cure sera un échec.
- Ne sait ni lire, ni écrire.

- Antécédents

Placement d'office le 26.12.1963

"Suite de réveillon solitaire chez un débile alcoolique.
Pris de vin, ne supporte pas l'insolence de ses enfants.
Tableau d'acquiescement, d'approbativité et culpabilité.
Une désintoxication volontaire a été effectuée l'année dernière".

- Evolution

Va régulièrement au Dispensaire.
Boit toujours, mais de façon modérée, ce qui lui permet de rester intégré dans son travail.
Supporte toujours aussi difficilement sa famille et ses enfants.

P U I T - 42 ans - Aide-manoeuvre dans une pharmacie -
Divorcé depuis 20 ans.

Ière hospitalisation.

Placement d'office du 25.5.1964

"Accès confuso-onirique subaigu - Onirisme très actif, effrayant, hallucinations olfactives et cénesthésiques.
Alcoolomanie d'habitude - Orientation spatiale correcte temporelle imprécise".

Transformation demandée par sa fille.

Sort un mois en permission de longue durée, chez sa fille.

Reprend le travail

Equanil
Vitamines
Pas d'Espéral.

- Histoire

- Hallucinations visuelles très riches.
- Etat de prédélirium.
- Etat disparaissant en 24 heures avec traitement adapté.
- Cirrhose du foie patente
et se traduisant aussi sur les examens biologiques hépatiques.

- Vie dans le Service

suit les réunions avec intérêt.

L E V A N N E C - 41 ans - Aide-comptable - Marié

Ière hospitalisation.

Placement d'office du 14.11.1964

"Ethylisme subaigu - Toutes ces dernières nuits, montait une garde inquiète et vigilente sur son palier et autour de l'immeuble avec un couteau de cuisine - Fait le récit du véritable siège qu'il soutient toutes les nuits contre une foule de blousons noirs, mobilisés par ses voisins avec l'aide d'une équipe de noirs qui s'évanouissent au petit jour. En outre, gaz dans le plafond, micros dans les murs - Trémulations importantes".

Sortie le 30 12.1964

"A présenté un épisode confuso-onirique d'éthylisme chronique - coopération au traitement".

Traitement : Espéral
Equanil.

- Histoire

  - Blessure de guerre importante (rafale de mitraillette dans l'abdomen).

- Structure

  - Passif
  - Evoque l'alcoolique banal.

  La femme : coopérante.

- Dans le Service :

  - Passif.
  - Rend service.

- Evolution ultérieure :

  Va régulièrement à la consultation du dispensaire.
  Aurait aimé que le groupe puisse continuer aussi à l'extérieur de l'hôpital.
  Est sobre.

T O U S S A I N T - 54 ans - Fraiseur - Séparé de sa femme

2ème hospitalisation.

Le 28.11.1964, demande sa désintoxication sur le conseil du médecin d'usine.

Caractère effacé - Taciturne.

Stabilité professionnelle.

Vit seul.
Une soeur sur le même palier.

Traitement à la sortie le 24.12.1964 :

Espéral N° 1.

- Antécédents

Désintoxication volontaire en septembre 1958.
Etat de prédélirium.

- Dans le Service

Très coopérant.

B R O U E T - 53 ans - Egouttier - Marié

Ière hospitalisation -

Placé d'office par la Police le 8 octobre 1964, sur demande de sa femme qui a appelé la police.

"Accès onirique chez un éthylique chronique se croyant à la guerre. A saisi une carabine et a tiré en direction de sa femme. Fréquents épisodes vespéraux identiques avec agitation et bris d'objets - Calme - Troubles mnésiques importants - Tremblement digito-lingual".

Sortie le 10 décembre 1964 avec reprise immédiate du travail.

La demande de transformation fut demandée par l'épouse.

Malade coopérant.

- Sur le plan biographique

Marié seulement depuis 1962 - Vivait maritalement avec sa femme qui avait deux enfants d'un précédent mariage - veuve - de 17 et 12 ans.
Les deux derniers (8 ans et 3 ans) sont de lui.
Lui-même était veuf (sa femme décédée en 1965 d'une leucémie - mariage à 22 ans).

Multiples cicatrices d'accidents de travail.
Pas de C.E.P.

- Structure

Sujet difficile à cerner. Parle peu de lui. Revient tout le temps sur le plan des généralités.
Fait l'impression d'être le "vrai alcoolique chronique".
Pas de structure névrotique patente mise en évidence.

- La femme : "Il ne faut pas que cela lui fasse de tort" - elle minimise tout.

- Au moment de sa sortie :

  - courte phase émotionnelle (pleure) mais se reprend rapidement, et reprend son style habituel fait de plaisanteries et de rondomontades.

  - se laisse pousser la moustage à la Clark Gable.

Traitement : Espéral.

- Vie dans le Service : Leader autour duquel tous les alcooliques se réunissent.

6ème GROUPE D'OBSERVATIONS

Les séquelles neurologiques post-traumatiques dominent les observations suivantes et, pour chaque cas, se posent :

- un problème de démence post-traumatique ;

- ou de comitialité post-traumatique à rééquilibrer.

J A U N E T - 53 ans - Maçon - Célibataire

2ème hospitalisation.

Service libre du 7.11.1964.

"Etat déficitaire post-traumatique. Alcoolisme de surcroît".

Détérioration importante.

Atrophie cérébrale à l'encéphalographie gazeuse.

Hospitalisé la première fois, le 4 août 1964.

Est totalement incapable, depuis sa sortie en septembre, de se débrouiller seul.

Les tests psychologiques mettent en évidence une détérioration importante.

Encore hospitalisé actuellement.

N O R L U M B - 56 ans - Retraité SNCF - Marié

4ème hospitalisation.

Placement d'office du 29.9.1964

"Sujet trépané il y a plusieurs années, pour plaie cranio-cérébrale, par balle - (Secondaire, semble-t-il, à une tentative de suicide) - Troubles du caractère à l'occasion d'excès éthyliques - Désorientation dans le temps - Antécédents de gastrectomie".

Toujours hospitalisé.

- Histoire

N'a pas le C.E.P.
Calme, effacé dans le Service.

- Antécédents

Au cours d'une ivresse, aurait voulu étrangler sa mère avec laquelle il vit.

Les examens complémentaires, E.E.G., actuellement ne sont pas en faveur d'une épilepsie résiduelle traumatique.

- Ière hospitalisation en 1961, de juin à octobre.

- Placement volontaire

"Interné à l'occasion d'un épisode confusionnel chez un éthylique chronique - Alcoolisme chez un arriéré affectif traumatisé crânien - Dénégation de tout excès".

E.E.G. : R A S

- Placement d'office en mars 1962 (réquisitoire)

"Troubles graves du caractère et du comportement.
Deux crises comitiales généralisées".

Mis au traitement d'épreuve anticomitial.

E.E.G. : altéré.

- Service libre en mars 1964

Reprise de l'intempérance.
Sort le 30.4.1964.

- Structure

Immature affectif.
Rigidité.

M O U L I N - 47 ans - Manoeuvre - Vit maritalement

Ière hospitalisation.

Placement d'office du 15.2.1964

"Alcoolisme chronique - Troubles du caractère et du comportement. Trépané en mars 1963 pour hématome cérébral post-traumatique. Présente des crises d'excitation d'allure névropathique, mais réserve à faire sur la possibilité d'une comitialité - Signes d'imprégnation marqués".

Traitement : Gardénal.

- Histoire

Depuis son traumatisme crânien, très diminué.
Fait des crises comitiales.
De plus, est mal toléré par son amie qui ne veut plus s'en occuper.
Se retrouve isolé et diminué.

- Dans le Service

Très anxieux de son avenir.
Est rééquilibré sur le plan de sa comitialité mais il persiste une lenteur de l'élocution, des difficultés à s'exprimer.
Dans le Service, se manifestera par des troubles du caractère.

7ème GROUPE D'OBSERVATIONS

Dans ce groupe, la détérioration présénile domine le tableau et pose dans chaque cas l'angoissant problème du devenir de ces malades et des possibilités de réadaptation en dehors de l'hôpital, compte tenu, et de l'appétence alcoolique, et de la détérioration.

R O L E - 50 ans - Storiste - Marié.

2ème hospitalisation.

Placement volontaire du 25.4.1964

"Névrose d'angoisse, découragement, et alcoolisation secondaire à un échec de travail autonome. N'a pu "réattaquer" après son échec - A maintenant des phobies du travail et de la mise en route quotidienne - Antécédents de captivité et gastrectomie - Très conscient de l'aspect pathologique de ses conduites".

Sortie le 28.8.1964

Traitement : Equanil
Espéral

Mais revient dans le Service après une tentative de suicide.

- Histoire

Relations sado-masochistes avec sa femme.
Alcoolisme de compensation.
Début de détérioration.

- Structure

Névrose d'angoisse avec mécanisme phobique.
Détérioration.

M A N E T - 49 ans - Cantonnier - Divorcé

Ière hospitalisation.

Placement d'office (réquisitoire) du 22.8.1964

Il s'agit en fait d'un état cirrhotique avec, sur le plan intellectuel : déficit (détérioration portant surtout sur des troubles mnésiques).

Sortie le 28 août 1964

- Vient de faire deux ans de sanatorium pour une tuberculose pulmonaire.
- Tests psychologiques : détérioration importante.
- Tests hépatiques très perturbés.

- Vie dans le Service

Adapté.

Assiste aux réunions - Ne parle pas.

C H A U V I N - 60 ans - Cuisinier - Veuf

Première hospitalisation.

Service libre le 24.9.1964

Sortie le 21.11.1964.

- Histoire

A son entrée : prédélirium.

Par la suite : malade très détérioré,
se perd parfois dans le Service.

E.E.G. : tracé désorganisé, irrégulier, remarquable par la présence d'éléments lents sensibles à l'hyperpnée.

Tests : détérioration très importante.

Sort chez sa fille qui s'en occupe.

Traitement : Equanil.

8ème GROUPE D'OBSERVATIONS

Un seul cas de débilité.

B A T E T - 43 ans.

Ière hospitalisation dans le Service.

Placement d'office du 21.12.1961

"Puérilité mentale sans débilité profonde. Interné il y a 10 ans à la suite d'un début d'incendie volontaire à signification de bouderie vengeresse dans une situation de jalousie familiale".

Par ailleurs, nombreuses ivresses qui nous obligent, pour éviter des scandales, à le mettre à l'Espéral de façon autoritaire.

Depuis 1961, longue série de 7 fugues où il faut, la plupart du temps, aller le chercher au Commissariat. Fut mis en pavillon fermé.

Mais, depuis février 1964, sous Espéral, il bénéficie d'une entière liberté, sortant comme il le veut, couchant le soir à l'Hôpital.

Véritable clochard.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le doyen de la Faculté :

Georges BROUED

Le recteur de l'Académie :

Jean ROCHE

Président de Thèse :

Pr. MICHAUX

B I B L I O G R A P H I E

1) A L C O O L I S M E

1 - ALLISON -

Etude d'un groupe de psychothérapie non directive chez des alcooliques hospitalisés - Quart. J. Stud. alcohol - Déc. 1952.

2 - AUVIGNE, R. et PERRIN, P. -

De la valeur des statistiques pour mesurer l'importance du fléau alcoolique - Quaterly Journal of studies on alcohol - 1958 - XIX p. 183.

3 - BAILLY SALIN, P. -

L'alcoolisme du P 3 - Revue de l'Alcoolisme - 1962 - N° 4.

4 - BENSOUSSAN, P. et VILLIAUNEY -

Le mouvement alcooliques anonymes. Structures et dynamique. Essai d'adaptation aux malades en cure de désintoxication. Sté Médico-Psychologique - 1956.

5 - BENSOUSSAN, P. -

Psychothérapie analytique d'un cas grave d'alcoolomanie - Revue de l'Alcoolisme - 1962 - N° 4.

6 - BERTAGNA, L. -

La psychologie des alcooliques - La revue du Praticien - 1958 - 3 - N° 32.

7 - BERTRAND, A. -

L'alcoolisme et les temps modernes - La Santé de l'homme 1959 - Mai-Juin.

8 - BINOIS, R. et LEFETZ, M. -

Contribution de l'examen psychologique au diagnostic, au pronostic et au traitement de l'éthylisme chronique - Rev. Neurol. N° 5 - mai 1959 - p. 467.

9 - BOITELLE, G. (Mr & Mme) et LENTULO, Cl. -

Résultats de 2 ans de traitement anti-alcoolique au service libre de l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin - Annales Médico-Psychologiques 1952 - Tome 1.

10 - BOITELLE, G. (Mr & Mme) et LENTULO Cl. -

Sur quelques causes des rechutes dans l'alcoolisme - Etudes anti-alcooliques - 1956 - N° 6, p. 262.

11 - BRUEL, L. -

Quelques recherches sur l'alcoolisme chronique - Presse médicale 1941 - 49,p. 430.

12 - CARON, H. -

Toxicologie de l'alcoolisme - Encycl. Médico-chirurgicale Pédiatrie - Tome 2 - 630 - A. 10 (1955).

13 - CARRATALA, R. -

Tratamento del alcoholismo por el alcohol - Revista de Psiquatrica y criminologia - 1948 - p. 128.

14 - CASTETS, B. -

Réflexions sur le traitement de l'alcoolisme chronique par des cures de déconditionnement - Concours Médical 1963 (mars).

15 - CAPITAINE, J.J. -

Contribution à l'étude des psychothérapies de groupe en milieu psychiatrique institutionnel : "Institut Marcel-Rivière", Centre Psychiatrique de la M.G.E.N. - Thèse, Paris 1965.

16 - CARRERE -

Psychothérapie et évidence - Annales Médico-Psychologiques 1955 (mai) et 1954 (juillet).

Congrès des Médecins aliénistes et neurologues - Méthodes de Psychothérapie des alcooliques - 1956.

Essais thérapeutiques de certains cas d'alcoolisme chronique par la projection cinématographique - Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de langue française - Sept. 1956.

Le délirium tremens guérit-il mieux en hôpital psychiatrique ? Annales médico-psychologiques (1957-1958).

Essai d'une meilleure approche des conflits instinctivo-affectifs - Annales Médico-psych. - Mars 1958 -

Psychogénie de l'alcoolisme et attitude psychothérapique. Annales médico-psych. - 1958 -

Investigations psychologiques de 40 cas d'alcoolisme chronique - Revue de l'alcoolisme - 1962.

Intérêt de la dynamisation des psychothérapies de groupe de buveurs par la participation d'alcooliques anonymes et de leurs épouses - Annales médico-psych. - juin 1965.

17 - CARRIER, J. -

Contribution à l'étude du traitement de l'alcoolisme masculin en milieu psychiatrique - Revue de l'Alcoolisme - 1964.

18 - CHAIGNEAU, H. et JOUSSELIN, D. -

Le traitement des femmes d'alcooliques - Revue de l'alcoolisme - 1962 - N° 4.

19 - CHANOIT, P. -

Articulation des soins hospitaliers et extra-hospitaliers dans l'alcoolomanie - Revue de l'Alcoolisme - 1962 - N° 4.

20 - CHARLIN, L. -

Traitement de l'alcoolisme chronique - Rapport au Congrès des médecins psychiatres et neurologistes de France et des pays de langue française - L II Session Liège (juillet 1954) - Masson, Ed. -

21 - CLAVREUL, J. -

La parole de l'alcoolique - La Psychanalyse, N° 5 - 1959 - Société française de psychanalyse.

22 - CODA, G. et BERTALOT, L. -

Le test de rosenzweig et l'agressivité latente - Etude de 80 alcooliques - Revue de l'alcoolisme - N° 8 - juillet 1962.

23 - DE COUEDIC, H. -

Le rôle de la section de rééducation dans le traitement de l'alcoolisme - Inform. Psychiatrique - 1960 - p. 54.

24 - DE COUEDIC, H. et DEFILIPPI -

Fonctionnement d'une section de rééducation spécialisée pour alcooliques - Revue de l'alcoolisme - 1962 - Vol. 8.

25 - DEHU, J. et ANTY, M. -

Le traitement de l'alcoolisme féminin dans un hôpital psychiatrique départemental - Revue de l'alcoolisme - N° 4 (octobre-décembre 1962).

26 - DENT, J. Y. -

Anxiety and his treatment with special reference to alcoholism - Belfast - 1947.

27 - DEROBERT, L. et DUCHENE, H. -

Alcoolisme aigu et chronique - Problème médico-légal et psychiatrique - 1942.

28 - DEVALLET, DUBLINEAU, DUCHENE, FOUQUET et TRIVAS -

Rapport sur l'organisation et le fonctionnement des services pour maladies alcooliques. Rapport de la Commission d'Hygiène Mentale de la Santé Publique - Paris, 1952.

29 - DE SAVGY, D. -

L' alcoolique et sa femme - Etude psychosociale et statistique sur les conditions de leur développement individuel et de leur vie en commun - Hygiène mentale - 1962.

La femme de l'alcoolique - Revue de l'Alcoolisme - 1963 - N° 4.

30 - DESHAIES, G. -

Les conditions psychologiques de l'alcoolisme - Hygiène mentale - 1946 - 1947.

L'alcoolisme de la femme - Revue de l'Alcoolisme - 1963 - N° 4.

31 - DUBLINEAU, J. et FOLLIN, S. -

Le bourreau domestique et le couple conjugal - Annales médico-psychologiques - 1944.

32 - DUBLINEAU, J., HIVERT et UNAL -

Essais de maintien dans le cadre de l'hôpital psychiatrique d'alcooliques chroniques administrativement sortis - Sté Médico-psychologique - Octobre 1962 - Tome 2.

33 - DUBLINEAU, J. et HONORE -

Relations statistiques entre le sentiment de soif et la typologie du buveur interné - Sté Médico-psychologique - 1955 - Tome 2,

34 - DUCASSE, J. -

Contribution à l'étude de la post-cure chez les alcooliques - Thèse méd. Bordeaux - 1963.

35 - DUCHENE, H. et BAILLY-SALIN, P. -

Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie - Revue de l'alcoolisme - 1962 - N° 4.

36 - DUCHENE, H. et LEREBOULLET -

Le service d'application de la loi du 15 avril 1954 dans le département de la Seine - Revue de l'alcoolisme - 1962.

37 - DUCHENE, H., BIRO, SCHUTZENBERBERG et SCHMITZ -

Différence d'âge des couples dont le mari est alcoolique - Semaine des Hôpitaux de Paris - 1952.

38 - EZRIEL, H. -

Communication au Congrès Mondial de Psychiatrie (1960).

39 - FAURE, J. -

Le problème de la rééducation de l'alcoolique - Revue de l'Alcoolisme, 1960, tome 4.

40 - FELDMANN -

Contribution à la thérapeutique biologique de l'alcoolisme chronique - Le traitement de l'Alcoolisme, Paris, 1950.

41 - FONTON, LEMAITRE et POTTRAIN -

Sur des anomalies de conduites de femmes d'alcooliques dits dangereux au titre de la loi du 15 avril 1954 - Revue de l'Alcoolisme, 1963, N° 4.

42 - FOUQUET, P. -

Note sur une hypothèse thérapeutique concernant l'alcoolisme. Soc. Méd. Psychol., 1953, tome 2. -

43 - FOUQUET, P. -

Alcoolisme et psychiatrie - Evol. Psychiatr., 1959.

44 - FOUQUET, P. -

Quelques réflexions sur la thérapeutique de l'alcoolisme - Revue de l'alcoolisme, 1963.

45 - FOUQUET, P. -

Le syndrôme alcoolique - Etudes anti-alcooliques, 1950 - N° 4, p. 49.

46 - FOUQUET, P. -

Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme - Evol. Psychiat., 1951, p. 23.

47 - FOUQUET, P. -

L'alcoolique devant le médecin (premier contact) - Gazette des Hôp., 1954, N° 14, p. 391.

48 - FOUQUET, P. -

Névroses alcooliques sur traité de psychiatrie de l'encyclopédie Médico-chirurgicale, 37-380 C 10.

49 - FOUQUET, P. et ROPERT, R. -

Thérapeutique de l'alcoolisme et notion d'abstinence. - A.M.P., 1952, 232-236.

50 - FOUQUET, P. et ROPERT, R. -

Essai sur les critères de guérison de l'alcoolisme. - A.M.D., 1952, tome I.

51 - FOUQUET, P. et CLAVREUL -

Lettre aux alcooliques (essai de psychothérapie éducative)- A.M.P., 1954.

52 - FOUQUET, P. et CLAVREUL -

Une thérapeutique de l'alcoolisme - Presse Universitaire de France, 1952.

53 - FREOUR, P. -

Traitement de l'alcoolomanie dans un centre hospitalier - Rev. de l'alcoolisme, 1962, tome 8.

54 - FREOUR, P., SERISSE et COUDRAY, P. -

Les causes psychologiques de l'alcoolisme - La Santé de l'Homme, 1959, mai-juin, N° 110.

55 - GANQUIL, G. -

Le couple des alcooliques et la psychologie de la conjointe. Thèse, Paris, 1960 (Ed. Foulon, Paris).

56 - GERARD, M. et Coll. -

The abstinent alcoholics - Archives of General Psychiatry, 1962.

57 - GIRONDI, J. -

Bilan d'une année concernant des malades alcooliques internés. Ouest méd. 18, 976 (Octobre 65).

58 - HELD -

La psychopathologie de l'alcoolisme - Rev. de l'alcoolisme, 1958.

59 - IGERT, C. et ETIENNE -

Un centre de cure, de rééducation pour alcooliques - La Membrolle-sur-Choisille - Revue de l'alcoolisme, 1962.

60 - IGERT, C. -

Création d'un centre départemental pour alcooliques en Indre-et-Loire - Information Psychiatrique, 1962, fasc.9.

61 - ISRAEL, LEVY et NORTH -

Considérations préliminaires à une étude du rôle des femmes dans l'alcoolisme de l'homme - A.M.P., 1959.

62 - JELLINEK, H. -

Disease concept of alcoholism - Rev. de l'alcoolisme, 1962, N° 2.

63 - JORDAN, H. -

De l'intérêt de la post-cure chez l'éthylique ; son étude dans un établissement spécialisé de la région parisienne - Thèse méd., Clermont-Ferrand, 1961.

64 - JOURNEES THERAPEUTIQUES DE PARIS, 1958 -

Ière partie, 178 pages consacrées à l'alcoolisme (Doin, édit.).

65 - KUPERINDA, P. -

Résultats et modalités d'une méthode de désintoxication alcoolique dans un centre hospitalier régional. A propos de 938 observations.
Thèse, Paris, 1965 (Presse méd. 73, 2803, Novembre 65).

66 - LABOUCARIE, J. -

Thérapeutiques nouvelles de l'alcoolisme - Toulouse Méd., 1950, N° 51, p. 227.

67 - LECOCQ, R. -

Les modifications humorales de l'alcoolisme chronique - Bull. Ac. Nat. Médic., 1955, N° 3.

68 - LECOCQ, R. -

L'alcoolisme féminin, 10 nouvelles observations - Thérapie, 1955, N° 6.

69 - LECOCQ, R. et FOUQUET, P. -

Mise en évidence des troubles de la personnalité chez les alcooliques - Gaz. Méd. France, 1949, N° 56.

70 - LECOCQ, R. et FOUQUET, P. -

Comment instituer le traitement des alcooliques. Thérapie, 1949, N° 4.

71 - LECOCQ, R. et FOUQUET, P. -

A propos de l'alcoolisme féminin (observations et commentaires) - Gaz. des Hôp., 1955, N° 13.

72 - LECOCQ, R. et CLAVREUL, J. -

Principes de bases de la cure des alcooliques - Gaz. des Hôp., avril 1960, N° 11.

73 - LECOCQ, R. et FOUQUET, P. -

La thérapeutique des alcooliques - Sté Méd., psychol., 1950, tome I.

74 - LECOMTE, M. -

Pour alcooliques en cure : "Pourquoi êtes-vous ici ?" - A.M.P., 1958.

75 - LECOMTE, M. -

Contributions à l'étude de la durée de séjour des alcooliques internés - Sté Méd. psychol., 1961, mai.

76 -LEDEMANN, S. -

Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique, social. Travaux, Document , Cahier N° 29, Presse Universitaire de France, 1956.

77 - LEMAITRE, C. -

Sur des anomalies de conduite de femmes d'alcooliques dits "dangereux" selon la loi du 15 avril 1954 - Thèse, Lille, 1963.

78 - LEREBOULLET, J. -

La désintoxication alcoolique - Rev. du Prat., 1953, N° 32.

79 - LEREBOULLET, J. -

La cure de désintoxication des alcooliques chroniques. Médecine et Hygiène, mars 1963, N° 588.

80 - LEREBOULLET, J. -

La désintoxication alcoolique, le rôle respectif de l'hôpital, du dispensaire, du médecin praticien. La revue du Praticien, février 1964.

81 - LEREBOULLET, J. -

Qu'est-ce que l'alcoolisme ? Ses aspects, ses causes - Rev. du Praticien, Février 1964.

82 - LEROY, C. -

Un aspect des réactions du conjoint de l'alcoolique - Rev. de l'alcoolisme, 1959.

83 - MAC CARTHY, R. G. -

Thérapeutique de groupe de l'alcoolisme - Quart. J. Stud. alcohol, 1949-1950 , 1951-1952.

84 - MIJOLLA (de), A. et COURNUT, J. -

1) La psychothérapie de malades alcooliques.

2) La psychothérapie de femmes d'alcooliques.

Revue de l'alcoolisme, 1962, N° 4.

85 - MONNEROT, E. -

Cure hospitalière psychiatrique de l'alcoolomanie. Réflexion thérapeutique sur un bilan, une enquête, un essai particulier - Rev. de l'alcoolisme, 1963.

86 - MOUREAU, P., QUINET, L. et WARIN, J. -

Le diagnostic médico-légal de l'ivresse envisagé du point de vue du médecin praticien. Rev. Méd. Belge, 1952, N° 7.

87 - MULLER, C. -

Le point de vue du psychiatre sur l'alcoolisme. Rev. méd. Suisse romande 85, 724. (Oct. 65).

88 - NACHIN, C. -

Sur l'alcoolisme féminin - Sté médicopsychologique, 22.6.1964, A.M.P.

89 - OULES, J. et ALIAIX -

Place de la psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme par le D.T.T. - A.M.P., 1961, N° 1.

90 - OULES, J. , SAUCET et LABORDE -

Une expérience de psychothérapie de groupe des alcooliques internés - A.M.P., 1954.

91 - PARIENTE, DURYEE, KIPNAN, LEBAUDY, BARDES -

Le traitement de l'alcoolisme chronique et les pièges de la statistique - A.M.P., octobre 1963.

92 - PAUMELLE, Ph. -

Les internements pour alcoolisme dans la population masculine du 13ème arrondissement de Paris et l'activité du Centre de santé mentale. - La Rev. de l'alcoolisme, 1963, Fasc. 1.

93 - PERRIN, P. -

Compagnes de buveurs - Rev. de l'alcoolisme, 1961.

94 - PERRIN, P. -

Les causes psychiques du comportement alcoolique et de l'alcoolomanie. - Rev. de l'alcoolisme, 1960.

95 - PERRIN, P. -

Chacun son métier - Rev. de l'alcoolisme, 1963, fasc. 1.

96 - PERRIN, P. -

De la perte de la liberté envers l'alcool - Rev. de l'alcoolisme, 1964, N° 1 & 2.

97 - PERRIN, P. -

Question de langage - Rev. de l'alcoolisme, 1964, N° 2.

98 - PICARD, R. et LIABOT -

Cures de désintoxication des alcooliques dans un hôpital maritime - Rev. Méd. Navale, 1951, N° 6.

99 - PULLAR STRECKER , H. -

The problem of alcoholism and its treatment as it concerns or should concern the medical profession. Medical Press, 1952, 226, N° 5862.

100 - RAMEE, N., BAYARD et MADEC -

Bilan d'une année concernant les malades alcooliques internés dans un service d'hommes de l'hôpital psychiatrique de Rennes - Rev. de l'alcoolisme, 1963, N° 2.

101 - REQUET, A. -

Aspect actuel de la cure de l'alcoolisme psychiatrique masculin dans la région lyonnaise - Presse Méd., 1951, N° 59.

102 - REQUET, A. -

Alcoolisation et problèmes de santé mentale - La Santé de l'Homme, 1959, mai-juin, N° 110.

103 - REQUET, A. et NACHIN, C. -

Alcoolisme traditionnel et buveur psychiatrique. Rev. Assoc. Lyonnaise, externat, 55ème année, 1959, N° 4.

104 - REYSS BRION, R. -

Le maniement psychothérapique du Disulfiram - Rev. de l'alcoolisme, 1961.

105 - ROCHEFORT (de), Ch. -

"Le repos du Guerrier".

106 - ROPERT, R. -

Cures de désintoxication terminées et cures interminables. Rev. de l'alcoolisme, 1962.

107 - SOLMS, H. -

Effets de certaines mesures coercitives dans le traitement d'alcooliques chroniques récalcitrants en Suisse - Rev. de l'alcoolisme, 1962.

108 - SPENCE PATERSON, A. -

Modern techniques for the treatment of acute and prolonged alcoholism - Brit. J. Addictim, 1953.

109 - TITECA, A. -

Les méthodes modernes de traitement de l'alcoolisme chronique - Rev. du Centre Neuro- psychiatrique, 1951, N° 16.

110 - THOUVENOT, P. -

La section spécialisée dans le traitement de l'alcoolisme au Centre psychiatrique de Nancy - Thèse, Nancy, 1963.

111 - THUILLIER, J. -

Etude de 200 cas d'alcoolisme chronique traités par Antabuse ; déductions thérapeutiques - Thérapie, 1951, N° 6.

112 - THOMPSON et KOLL -

Groupe de psychothérapie d'alcoolique - 1958.

113 - USDIN, ROND et HINCHLIFFE -

La signification du Disulfiram chez les alcooliques en psychothérapie de groupe.
Quart. J. Stud. alcohol New-Haven, Déc. 1952, N° 4.

114 - VALLET, R. et coll.

Quelques observations d'un type spécial d'épouse d'alcoolique : les "femmes de tête".
Evolution psychiat. 30, 525 (septembre 65).

115 - VALLANCE, M. -

Alcoholism. A two years follow up study of patients admitted to the psychiatric department of e general hospital -
The British Journal of Psych., 1965.

116 - VIDART, L. -

Le traitement hospitalier de l'alcoolomanie - Rev. de l'alcoolisme, 1962.

117 - VIDART, L. -

Le traitement hospitalier de l'alcoolomanie. - Rev. de l'alcoolisme, 1962, N° 4.

118 - VIDART, L. -

Progrès récents dans la désintoxication éthylique -
Vie Médicale, 1960, novembre.

119 - WALTON, H. -

Group methods in hospital organization and patient treatment as applied in the psychiatric treatment of alcoholism.
The American Journal of Psychiatry, 1961.

120 - WINSHIP -

Disulfiram et psychothérapie -
Quart. Journal of Studies in alcohol - 1957, XVIII, N° 4.

2) GROUPES DE PSYCHOTHERAPIE

ET ETUDE DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE

1 - AMIEL, R. -

La place des psychothérapies de groupe en milieu institutionnel - Information psychiat., 1963.

2 - AYME -

Attitude interprétative dans le transfert en thérapeutique institutionnelle - Ier numéro de psychoth. institut.,1965.

3 - AYME -

La participation des infirmières à la psychothérapie - Information psychiat., Oct. 1959.

4 - BAILLY-SALINS, BELEY, OURY -

Compte-rendu d'une journée de groupe de Sèvres en mars 1958 - "A propos de la participation des infirmières à la psychothérapie" - Information psychiat., 1958.

5 - BALVET, ROTHBERG et BAUGE -

La réunion d'équipe - Conscience du pavillon et moyen psychothérapique - Inf. Psych., 1961.

6 - BERGERET, J. -

Expérience de psychothérapies de groupe à l'Hôpital Psychiatrique (H. Vinatier de Lyon) - Inf. Psychiat.,1963.

7 - BION, W.R. -

1) Recherches sur les petits groupes. - P.U.F.

2) Expériences in Group - Human relation - 1951.

8 - BOUR -

Psychothérapies à l'Hôpital psychiatrique - Ann. médico-psychol., déc. 1961.

9 - CHAIGNEAU, H. -

Réflexion à partir de la terminologie et du transfert dans l'institution - R. de Psychothérapie Institutionnelle, N° 1, 1965.

10 - CHANOIT, GANTHERET, REFABERT, etc.. -

Le contre-transfert institutionnel - Rev. de psychothérapie institut., N° 1, 1965.

11 - DAUMEZON -

La psychologie collective - Evol. psychiat., N° 3, 1952.

12 - DAUMEZON -

Sémiologie de groupe - Evol. Psychiat., 1964.

13 - DAUMEZON, LOUBTCHANSKI, AULAGNIER et RESNIK -

Expérience d'introduction de psychothérapies dans un service fermé - Inf. Psychiat., 1958.

14 - DENBER, H.C.B. -

American journal of orthopsychiatry, oct. 1963, N° 5, "Processus de groupe dans un hôpital".

15 - DREYFUS-MOREAU -

Bilan d'une expérience de psychanalyse collective. Revue Fr. de Psychanalyse, 1955.

16 - FERNANDEZ et LEBRETON -

Etude des mouvements sociaux et pratique psychiatrique - Aspect de la psychosociologie de Kurt Lewin - Information psychiatrique, 1958.

17 - FOULKES, S.H. et ANTHONY -

Group psychotherapy - The psychoanalytic approach. (Penguin Books Ltd. Harmondsworth , 1957).

18 - FREUD -

Analyse et psychologie collective.

19 - GENEVARD -

Contribution à la psychothérapie de groupe - Evol. Psychiat., 1961.

20 - GENTIS -

Psychothérapie individuelle et phénomène de groupe dans une institution hospitalière - Bull. technique du Personnel de St-Alban, 1962, fasc. A.

21 - Mc. GINNIS, C.A. -

The effect of group therapy an ego strength scale scores of alcoholics patients .
J. Clin. Psychol. 1963.

22 - GLATT, M.M. -

Group therapy in alcoholism .
Brit. J. Addict 54 , 1958.

23 - HEATH R.G. -

Group psychotherapy of alcohol addiction.
Q J S A , 1945.

24 - KESTEMBERG, J. et DECOBERT -

Approches psychanalytiques pour la compréhension et la dynamique des groupes thérapeutiques.
Revue française de Psychanalyse, 1964.

25 - KOECHLIN, Ph. -

Création d'un collectif de soins et perspectives psychothérapiques - Ecolution psychiatrique, 1965.

26 - LAGACHE, D. - (et ses élèves) -

Travaux sur la psychologie des petits groupes.

27 - LEBOVICI -

A propos de la psychanalyse de groupe - Rev. française de psychanalyse, 1953.

28 - LEBOVICI -

Quelques notes sur l'état actuel de la psychothérapie de groupe en France - Bulletin de Psychologie, 1960.

29 - LAPASSADE et GANTHERET -

Communication au Séminaire de Psychologie clinique de la Sorbonne, 1962.

30 - Mc MAHAN, H.G. -

The psychotherapic approach to chronic alcoholism in conjunction with the alcoholic Anonymous program .
Illinois psychiat., 1942.

31 - MAUCORPS, H. -

Travaux sur les phénomènes de groupes.

32 - MICHAUD, G. -

La notion d'institution dans ses rapports avec la théorie moderne des groupes. - D.E.S., 1958 (Paris).

33 - MICHAUD, G. -

Transfert et échange en thérapeutique institutionnelle - Psychothérapie institutionnelle, N° 1, 1965.

34 - MORENO, J.L. -

Sociodynamic foundation of group psythotherapy - Congrès de Psychanalyse, 1950.

35 - OURY, J. -

L'ici et maintenant et la notion de lieu dans la psychothérapie institutionnelle.
Psychothérapie inst., N° 1, 1965.

36 - OURY, J. -

Transfert et compréhension en psychothérapie institutionnelle - Psychothérapie inst., N° 1, 1965.

37 - PINGAUD, B. -

"La main chande" - Temps moderne, juillet 1964.

38 - PONCIN, C. -

Essai d'analyse, structurale,appliquée à la psychothérapie institutionnelle - Thèse, Nantes, 1962-1963.

39 - PONCIN, C. -

Hypothèse pour une approche structurale des phénomènes de transfert en thérapeutique institutionnelle - Psychothérapie institutionnelle, N° 1, 1965.

40 - PONTALIS, J.B. -

Réflexions naïves sur quelques expériences de groupe. Phénomènes et idéologie. - Bull. de psychologie, 1959, p. 157.

41 - RACINE, Y. -

Transfert et dépenses en psychothérapie institutionnelle. Psych. inst., N° 1, 1965.

42 - RAPPART, Ph.

Transfert non liquidé et paraphrénisation.
Psych. inst., N° 1, 1965.

43 - RAPPART, AYMES, J. et TORRUBIA -

Thérapeutique institutionnelle -
Encyclopédie Médico-chirurgicale.

44 - REFABERT et GANTHERET -

Réunion de synthèse et psychothérapie institutionnelle.
Psych. inst., N° 1, 1965.

45 - REFABERT, H. -

A propos d'une réunion de synthèse, ses dimensions institutionnelles.
Thèse, Paris, 1965.

46 - ROTHBERG -

Dynamique du transfert et hiérarchisation de l'institution.
Psych. inst., N° 1, 1965.

47 - SIVADON et CHAIGNEAU -

Une expérience sociothérapique de 10 années.
Annales médico-psychologiques, 1958.

48 - SIVADON, P. -

Espace vécu. Incidences thérapeutiques.
Evol., psychiatrique, juillet-sept., 1965.

49 - SIVADON, P. -

Vie collective et comportement de l'individu .
Connaissance de l'homme, août 1956.

50 - SIVADON, P. et GANTHERET -

La rééducation corporelle des fonctions mentales.
Editions sociales françaises.

51 - SCHNEIDER -

Transfert et contre-transfert en psychanalyse de groupe.
Rev. franç. de Psychanalyse, 1963.

52 - SLAVSON, S.R. -

Analytic group psychothérapy.
Presse universitaire, 1950.

53 - SLAVSON, S.R. -

Emergence de facteurs dynamiques dans une psychothérapie de groupe.
Rev.franç. de psychanalyse, 1958.

54 - SYMPOSIUM de PSYCHOTHERAPIE COLLECTIVE -

Evol. psych., N° 3, 1952.

55 - THOMPSON, C.E. et KOLB, W.P.

Group psychotherapy in association with alcoholics Anonymous.
Amer. S. Psychiat. 1953.

56 - TORRUBIA, H. -

Analyseurs et interprétation du transfert en thérapeutique institutionnelle.
Psych. instit., N° 1, 1965.

57 - TOSQUELLES,Fr. -

Introduction au problème de transfert en psychothérapie institutionnelle - Psych. instit., N° 1, 1965.

58 - TOSQUELLES,Fr. -

Bulletin technique du personnel soignant de l'hôpital psychiatrique de St-Alban. 1961-1962.

59 - VAN EMDE BOAS, Conrad -

Therapie intensive de groupe avec des couples mariés.
Rev. française de psych. - 1962.

60 - VOTH, A.C. -

Group therapy with hospitalized alcoholics a twelve year study.
Q J S A - 1963.

61 - WOLF, S. et FOXWELLE, N.H. et KURLAND -

Incidence of drinking among hospitalized convalescing alcoholics .
Q J S A - 26 - 1965.